

DE LA FISTULISATION DES KYSTES OVARIQUES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 7 Juin 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

Ferdinand-Jean-Nicolas CAYE

Né à Sornéville (M.-et-M.), le 28 Août 1909

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. FRELICH, Professeur ...	Président,
		ROBERT, Professeur.....	{ Juges
		BINET, Agrégé	
		BARTHELÉMY, Agrégé ..	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

IMPRIMERIE CAMILLE ANDRE ET C^{ie}

1, BOULEVARD JEAN-JAURÈS, 1

NANCY

1934

DE LA FISTULISATION DES KYSTES OVARIQUES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 7 Juin 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

Ferdinand-Jean-Nicolas CAYE

Né à Sornéville (M. et M.), le 28 Août 1909

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. FRÉLICH, Professeur ...	Président.
		ROBERT, Professeur.....	{ Juges
		BINET, Agrégé	
		BARTHELÉMY, Agrégé ..	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

IMPRIMERIE CAMILLE ANDRE ET C^{ie}

1, BOULEVARD JEAN-JAURÈS, 1

NANCY

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I U.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I U.

WEISS, O *, I U ; BOUIN, O *, I U :

ANGEL, *, I U ; GARNIER, *, I U ; MACÉ, *, I U ; P. PARISOT, O *, I U.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I U.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I U.
Physique	M. DUFOUR, *, I U.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, O *, I U.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, *, I U.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I U.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHNSHOLZ, O *, I U.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I U.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I U.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I U.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I U.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I U.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I U.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I U.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I U.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I U.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I U.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I U.
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A U, I U.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I U.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I U.
Histoire naturelle et parasitologie	M. G. THIRY, *, I U.

Chargés de cours complémentaires :

Pharmacologie	M. M. PERRIN, *, I U, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses(1)	M. J. SIMONIN, A U, agrégé.
Pathologie générale	M. SIMONIN, A U, agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET, *, I U, agrégé libre.
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A U, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE, *, I U, professeur.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, *, I U, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, *, I U, ag. lib.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, *, I U, agrégé.
Accouchements (Cours théorique)	M. JOB, *, I U, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, A U, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A U, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, *, I U, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, A U, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique(1)	M. L. MERKLEN, A U, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A U, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R. L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés en exercice

MM. LAMY, *, I U.
MUTEL, *, I U.
VERMELIN, *, A U.
GUILLEMIN, A U.
ABEL, *, A U.
DROUET, A U.
SIMONIN, A U.



MM. MERKLEN, A U.
FLORENTIN.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF.
POURCINES.
MELNOTTE, O *.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I U ; S. REMY, I U ; BUSQUET, I U ; L. JOB, *, I U ;
M. FAIRISSE, I U ; BINET, *, I U ; BARTHÉLEMY, *, I U ; WATRIN, *, I U.
M. E. TRIBOLET, I U, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

*dont la disparition prématurée laissa
un vide immense.*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MES ONCLES MATERNELS

RENÉ HENRY

PIERRE HENRY, *mort pour la France (1914)*

A MON PERE LE DOCTEUR CH. CAYE

Exemple de dévouement et de conscience professionnelle.

A MA GRAND'MERE HENRY

A TOUS CEUX QUE J'AI CONNUS ET AIMES

MEIS ET AMICIS

AU DOCTEUR A. BERTON

Médecin-Chef de la Place de Morhange

*Hommage respectueux en souvenir de
mon séjour comme médecin auxi-
liaire au 23^e R. T. A. de Morhange.*

AU DOCTEUR M. JANAND

Médecin capitaine au 23^e R. T. A. à Morhange

*Qui fut pour moi plus un camarade
qu'un supérieur.*

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR A. FRÆLICH

*Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
et d'Orthopédie*

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR ROBERT

*Professeur de Chimie Médicale
Chevalier de la Légion d'Honneur*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

*Chargé de Cours à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BARTHELEMY

*Chargé du Cours de Médecine Opératoire
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A M. LE PROFESSEUR CAUSSADE

*Professeur de Clinique Médicale Infantile
Chevalier de la Légion d'Honneur*

En hommage de grande reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous aimons à jeter un regard en arrière afin de remercier tous ceux qui ont contribué à notre formation. Pensant au chemin parcouru, nous évoquons le souvenir de l'enseignement donné avec tant de sûreté, et rendons hommage à la clairvoyance et l'autorité de ceux qui furent pour nous des guides éclairés.

Nous tenons à remercier nos Maîtres de fin d'études qui nous enseignèrent les données pathologiques et leurs remèdes, mais c'est un devoir agréable de nous adresser à nos juges qui ont bien voulu apprécier notre travail inaugural.

M. le Professeur FRÉLICH acceptant la présidence de notre thèse, nous a donné une fois de plus une preuve de sa grande bienveillance. Nous l'en remercions vivement et le prions de croire à notre respectueux attachement.

Notre Maître, le Professeur BINET, en fournissant le thème de notre travail et facilitant notre tâche, nous a montré tout l'intérêt qu'il nous portait.

Que MM. les Professeurs BARTHÉLÉMY et ROBERT soient unis dans un même sentiment de reconnaissance. Acceptant avec empressement de nous juger, ils nous ont témoigné, d'une part, toute leur sympathie, et de l'autre,

le souvenir toujours vivant d'études communes, faites avec notre père, le Docteur CAYE.

Nous ne saurions oublier ceux qui furent nos condisciples, nous emporterons de tous un excellent souvenir. Nos vœux de brillante réussite les accompagnent.

• INTRODUCTION

Dans notre travail inaugural, nous ne saurions étudier la question des complications des kystes de l'ovaire dans toute son extension. Le sujet général est remarquablement traité dans tous les ouvrages classiques; nous nous sommes limité à l'étude aussi complète que possible de la fistulisation kystique.

Pour condenser nos recherches, nous nous sommes inspiré, outre des données de notre Maître, le Professeur BINET, des documents que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale. Dans les traités de gynécologie et de chirurgie abdominale, on parle peu de fistulisation et les auteurs qui se sont occupés de la question n'ont relevé que peu de cas.

Le principal objet de notre travail sera l'étude du diagnostic de cette complication. En effet, la présence d'une fistule, quel que soit son siège, permet d'envisager la possibilité d'une tumeur liquide ou semi-liquide dont on démontrera l'existence par des moyens cliniques appropriés. L'importance en sera capitale puisqu'entre tumeur et fistule existe une relation de cause à effet sur laquelle reposera le traitement radical: l'extirpation.

Les fistules, quoique rares, gagnent à être bien connues: notre but sera atteint si nous avons pu y contribuer.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

GENERALITES

L'ovaire est le siège de productions kystiques très diverses.

Il y a toujours à l'état normal des kystes dus au développement de follicules de De Graaf, mais ils sont de tout petit volume et disparaissent par la rupture du follicule et la formation du corps jaune.

Pathologiquement, ces kystes folliculaires peuvent prendre un développement considérable ou présenter des troubles dans leur évolution, ce sont les kystes hématisques.

Ces formations n'ont pas d'individualité clinique, et seuls sont à étudier les deux variétés de grands kystes de l'ovaire: kystes mucoïdes et kystes dermoïdes, dont les rapports et connexions sont importants à connaître.

D'ordinaire, les kystes mucoïdes sont mobiles dans la cavité abdominale et présentent un pédicule constitué par le mésovarium déplié et le ligament large. Mobiles, ils finissent souvent par déplier le ligament large qui s'étale et s'allonge. Quelquefois se développant antérieurement entre les feuillets du ligament large, ils décollent le péritoine et, dédoublant le mésocolon sigmoïde à gauche et à droite, remontent jusqu'au cœcum. Ce sont les kystes interligamentaires qui, dans ce cas, sont en rapport avec les organes sous-péritonéaux, spécialement l'uretère.

Les divers organes voisins sont repoussés excentri-

quement. L'utérus est dévié du côté opposé, et la vessie qui s'étale sur la face antérieure du kyste a souvent son sommet attiré vers le haut.

Les kystes de l'ovaire, qu'ils soient mucoïdes ou dermoïdes, peuvent, lorsqu'ils prennent un grand développement, se mettre en contact avec tous les organes abdominaux. S'ils repoussent souvent la vessie en bas, ils peuvent l'attirer vers le haut en l'étalant à leur surface. Mais cela n'est guère possible que pour les kystes intraligamentaires. L'utérus est en général refoulé en bas et du côté opposé au kyste; dans certains cas, il peut adhérer au kyste et être, au contraire, entraîné vers le haut. Les kystes repoussent encore peu à peu l'intestin, compriment et dévient plus ou moins le rectum et le colon pelvien, refoulent souvent, lorsqu'ils continuent à grossir (hémorragies, infection), les intestins dans les flancs, en venant se mettre en contact avec la paroi abdominale.

Les kystes dermoïdes peuvent aussi être pédiculés et mobiles dans l'abdomen. Plus souvent que les précédents, on les trouve dans la cavité pelvienne, où ils ne tardent pas à contracter des adhérences et notamment avec le rectum. D'autres fois, entraînés par leur poids, ils peuvent basculer dans le cul-de-sac de Douglas et y adhérer. En raison de leurs adhérences fréquentes, les kystes dermoïdes et surtout les dermoïdes pelviens, ont une tendance plus grande à se fistuliser.

De l'ensemble de nos observations, il résulte que 37 kystes mucoïdes se sont fistulisés, dont 24 en situation abdominale et 13 en situation pelvienne, et que 52 kystes dermoïdes se sont fistulisés, dont 18 en situation abdominale et 34 en situation pelvienne.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Pour qu'un kyste puisse s'ouvrir à la paroi abdominale ou dans un organe voisin, la condition indispensable est qu'il soit fixé à cette paroi ou à cet organe par des adhérences.

Etant donné un kyste adhérent, quelles sont les causes qui peuvent en déterminer l'ouverture? Nous distinguerons :

- les ouvertures traumatiques,
- les ouvertures spontanées.

I. *Ouvertures traumatiques.* — L'effort, un mouvement brusque, une course rapide, les mouvements péristaltiques de l'intestin, peuvent être la cause de l'ouverture traumatique. On peut invoquer comme cause la présence d'un corps dur (fragment d'os, par exemple) dans un kyste dermoïde, qui ulcère les parois contiguës du kyste et de l'organe.

II. *Ouvertures spontanées.* — Sont beaucoup plus fréquentes et se reconnaissent pour cause la suppuration du kyste et l'altération de ses parois. L'inflammation peut faire naître des adhérences entre la tumeur et les

parois abdominales ou les organes creux voisins. Sous ces adhérences, les parois unies peuvent s'amincir et se perforer. La pression de la tumeur fortement distendue provoque un ramollissement inflammatoire des parties contiguës et le moindre choc (mouvement, effort de toux, de défécation, d'éternuement) provoque l'ouverture.

En général, l'ulcération de la paroi ou de l'organe est produite, soit par le contact prolongé du pus, soit par le corps dur inclus dans la tumeur. La tendance à la guérison peut être nulle, et les phénomènes morbides persistants, l'orifice devient trajet pathologique ou fistule.

CHAPITRE DEUXIEME

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les anciens donnaient le nom de fistule à tout orifice anormal auquel faisait suite un trajet, quels que fussent du reste l'origine de cette perforation, l'organisation ou le lieu de terminaison de ce trajet, la nature du fluide auquel il donnait issue. On voit par là combien il est difficile de donner des fistules une définition générale ayant quelque peu de précision.

Ce fut ensuite la notion d'ulcère canaliculé qui prédomina à partir de CELSE jusqu'à BOYER, qui définit la fistule: « Un ulcère étroit plus ou moins profond, disposé en forme de canal et entretenu par une cause locale ». Avant lui, HEISTER se bornait à les mentionner comme l'une des diverses espèces d'ulcère. MARVIDÈS avouait son embarras à trouver une définition qui fût satisfaisante.

Quoi qu'il en soit, les classiques contemporains ont tenté de donner la définition suivante: « On donne le nom de fistule à un trajet accidentel disposé en canal plus ou moins étroit et allongé, entretenu par une altération locale et permanente des tissus vivants, et par lequel s'échappent du pus, des produits de sécrétion ou

d'autres matières de nature diverse, déviées de leurs réservoirs ou de leurs conduits naturels ». Enfin, CRUVEILHIER s'exprime en ces mots :

« Considérées sous le point de vue général, les fistules sont des conduits excréteurs accidentels ou supplémentaires destinés à porter au dehors un liquide physiologique ou pathologique sécrété; la solution de continuité est donc l'élément de toute fistule, mais un élément secondaire subordonné à la cause qui l'entretient; car la cause une fois détruite, la solution de continuité tend essentiellement à la guérison ». Et il ajoute d'une façon judicieuse: « L'histoire des fistules est donc à la rigueur celle des causes qui les produisent ».

La notion de fistule étant connue, on comprend maintenant qu'un kyste ovarique adhérent puisse communiquer avec les organes voisins.

L'ouverture à son stade initial serait une plaie suppurante qui, retardée dans sa cicatrisation par la persistance du foyer, se transformera en fistule.

Le point terminal peut aboutir à l'extérieur ou dans les organes avoisinant la tumeur ou à une plus grande distance, ainsi que le montrent les statistiques d'observations.

En effet, nous avons constaté 95 cas :

1° Extérieur :

- 16 cas d'ouverture à l'ombilic,
- 14 cas d'ouverture à la paroi abdominale,
- 1 cas d'ouverture au périnée.

2° Intérieur :

- a) Organes génitaux (vagins) : 10 cas.

- b) Voies digestives (intestin) : 26 cas (7 cas dans l'intestin sans limites précises, 3 cas dans le gros intestin, 4 cas dans l'intestin grêle, 12 cas dans le rectum).
- c) Vessie : 20 cas.
- d) Ouvertures doubles : 8 cas.

Dans ce grand nombre d'observations, nous en avons beaucoup d'anciennes puisque, autrefois, le diagnostic était plus difficile à poser et, avant l'ère aseptique, on n'osait pas ouvrir le ventre, d'où persistance de fistules inguérissables.

Les fistules n'ont pas de siège déterminé. Leur situation dépend de la voie que le pus, bridé par les adhérences qui ont pu se former, a suivie.

Au dehors, ces fistules s'ouvrent par un orifice qui livre passage soit à du pus d'une façon continue ou intermittente, soit à un simple suintement.

L'orifice présente une couleur rouge plus ou moins vive, il est presque constamment plus étroit que le reste du trajet, et il peut être assez petit pour passer facilement inaperçu, surtout s'il ne s'est pas révélé par l'écoulement du pus au dehors. L'ouverture qui donne à peine passage à un stylet fin, répond souvent à une cavité large et anfractueuse; d'autres fois, au contraire, l'orifice externe peut être large.

Cet orifice est en général unique, mais il peut être entouré d'orifices secondaires qui déterminent la fistule en arrosoir.

Quoi qu'il en soit, les bords sont toujours irréguliers, non décollés, généralement entourés de bourgeons char-

nus saignant facilement et prêts à se cicatriser après la suppression de la cause qui entretient la suppuration.

A l'orifice externe, fait suite un trajet fistuleux dont on peut faire le cathétérisme à l'aide d'un stylet. Il peut présenter des diverticules, des clapiers, être plus ou moins sinueux. Les parois des fistules sont recouvertes de bourgeons mous ne demandant qu'à cicatriser. La fistule peut, par suite de l'oblitération de son trajet par une cause ou par une autre, se fermer de temps à autre, pouvant faire croire à une guérison spontanée, mais elle s'ouvre à nouveau, laissant s'écouler une nouvelle quantité de pus. Celui-ci peut être simple et se présenter tantôt sous forme d'un liquide blanc jaunâtre onctueux au toucher, tantôt sous forme d'une sérosité louche, ou sous un aspect brunâtre ou jaune verdâtre présentant une fétidité extrême. Il peut entraîner avec lui des débris de kystes dermoïdes tels que cheveux, dents, etc...

D'après nos statistiques, ce sont les kystes mucoïdes à tendance abdominale qui s'ouvrent de préférence à l'ombilic ou à la paroi, et ceci en raison de leur suppuration et de leur développement parfois considérable qui les fait remonter très haut et contracter des adhérences avec des points éloignés. Les kystes dermoïdes, par contre, s'ouvrent de préférence dans les organes creux du petit bassin.

I. — OUVERTURE A L'EXTERIEUR

A. — Kystes ouverts à l'ombilic.

Les kystes peuvent s'ouvrir à tous les points de la paroi abdominale antérieure et même en des points plus éloignés. Etant donné la faible épaisseur et la faible résistance de cette paroi au niveau de l'ombilic, il est facile de comprendre que l'ouverture en ce point doit être fréquente. On l'observe, en effet, dans la moitié des cas d'ouvertures à l'extérieur.

Dans ce cas, la position du kyste est la plupart du temps en avant de l'intestin grêle sur lequel s'étale le grand épiploon à la façon d'un rideau. Il y a une vaste cavité avec l'intestin et l'épiploon en arrière, la paroi abdominale en avant, le pelvis et ses organes en bas.

L'adhérence du kyste est intime avec la paroi abdominale et la suppuration survenant, un volume double ou triple est vite atteint et la tumeur suppurée est au niveau de l'ombilic au moment où elle est prête à s'ulcérer.

Pour qu'un kyste se fistulise à l'ombilic, trois conditions sont nécessaires :

- a) Qu'il ait un pédicule assez long pour lui permettre de remonter dans l'abdomen ;
- b) Qu'il ne soit pas inclus ;
- c) Que la suppuration intervienne.

OBSERVATION 1

ANDERSON. — *Edinburgh med. and surg. Jour.*, t. II, 1806, p. 180.

30 ans, accouchements il y a neuf ans et sept ans. Depuis sept ans, douleurs dans le flanc droit. Deux autres accouchements à deux ans d'intervalle. Puis cinquième grossesse, pendant laquelle les douleurs augmentèrent. Après l'accouchement, un abcès s'ouvrit près de l'ombilic et suppura pendant sept mois jusqu'à la mort. Quelques poils sortirent par la fistule. Kyste de l'ovaire droit contenant des dents et des poils.

OBSERVATION 2

BARNES. — *Medical Times*, 1861, II, p. 608.

Eliza Z..., 38 ans, mariée, atteinte de tumeur ovarique. Vers la fin de janvier 1861, il se fit une ulcération au niveau du nombril et il s'écoula une grande quantité de liquide gélatineux, puis des poils et enfin du pus. A l'entrée de la malade à l'hôpital (juillet 1861), tumeur du volume d'une tête d'adulte ; deux fistules à droite de l'ombilic. Le 15 août, on élargit une des fistules. Il sortit de la tumeur une grande quantité de pus horriblement fétide et des poils. Les jours suivants, l'écoulement diminua et, au mois d'octobre, les plaies étaient fermées et la malade guérie.

OBSERVATION 3

DOUGLASS. — *Lond. med. Gaz.*, XXV, p. 396. In Tilt, *loc. cit.*, p. 231.

Ouverture à l'ombilic. La malade mourut deux mois après de péritonite.

OBSERVATION 4

FABRICE DE HILDEN. — *Observationum centuriæ*, cent. 5, obs. 48. In Lebert, *loc. cit.*

Une femme devint hydropique après un accouchement. Trois jours avant sa mort, il se fit une ouverture à l'ombilic, par laquelle sortirent 20 litres d'eau et beaucoup de poils. Autopsie : tumeur de l'ovaire droit contenant de la graisse et des poils.

OBSERVATION 5

MAGNUS HUSS. — *Loc. cit.*

Saillie du nombril, ulcération, écoulement du contenu du kyste. L'écoulement devint purulent. Mort. Autopsie : kyste uniloculaire à parois épaisses en partie cartilagineuses ; ulcérations étendues dans sa partie antérieure.

OBSERVATION 6.

KROGMANN. — *Zentralbl. für Chirurgie*, 1879, n° 13, p. 223. In Lefranc (1886).

Jeune fille de 17 ans, portant une tumeur de la fosse iliaque gauche depuis 1876. En juillet de la même année, la tumeur s'ouvrit au niveau de l'ombilic ; il en sortit un liquide peu épais, jaunâtre ; il persista une fistule par laquelle s'écoulait journellement une tasse d'un liquide qui devint bientôt purulent. Vers la fin de décembre, on remarqua pour la première fois dans le pus quelques cheveux, puis la sécrétion devint fétide. A l'entrée de la malade à la clinique d'Esmarch, en décembre 1877, on ne pouvait limiter la tumeur. On y

pénétrait de 22 centimètres dans la profondeur. Par le toucher rectal, on la sentait derrière l'utérus. Le kyste fut râclé ; on y fit des injections d'acide phénique et de teinture d'iode. La malade sortit de l'hôpital le 1^{er} juillet. La tumeur était grosse comme le poing, la sécrétion minime et sans odeur.

OBSERVATION 7

LANSBRECHT. — *Medizinische Zeitung*, 1844, n° 30. In Tilt.

28 ans ; tumeur de l'ovaire, datant de deux ans. Saillie, puis ulcération de l'ombilic. Ecoulement purulent ; guérison. La malade se maria, devint enceinte. Après l'accouchement, le ventre augmenta de volume. L'augmentation était due à un kyste ovarique qui se termina par la formation d'un abcès, comme la première fois.

OBSERVATION 8

MEAD. — In Tilt, *loc. cit.*, p. 230.

MEAD vit un jour une femme atteinte d'un kyste ovarique très volumineux qu'il n'osa pas ponctionner à cause de la faiblesse extrême de la malade. Quelques jours après, apprenant qu'elle était encore en vie, il alla la voir. La tumeur s'était ouverte à l'ombilic et il s'était écoulé dix-huit pintes de liquide en deux jours. Guérison.

OBSERVATION 9

MONTGOMERY. — *Dublin quarterly journ.*, août 1846.

Jeune fille, domestique à la campagne, vit ses règles s'arrêter et une tumeur se former dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur vint faire saillie et s'ouvrir à droite de l'ombilic. Il en sortit du liquide fétide et des cheveux.

OBSERVATION 10

MOORE. — In Barnes, *loc. cit.*, p. 280.

Kyste volumineux ; près de l'ombilic se forma une ouverture par laquelle s'écoula du pus ; on l'élargit, il sortit trois kilogrammes et demi de matière semblable à du mastic. Vomissements, mort. Autopsie : kyste adhérent, dont les parois étaient en partie crétacées et qui contenait des cheveux et des dents.

OBSERVATION 11

SIEBOLD. — *Zeitschrift für rat. Med.*, 1846.

36 ans ; fistule à un pouce au-dessus de l'ombilic. Expulsion de cheveux, de dents. Guérison.

OBSERVATION 12

Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire gauche ouvert à l'ombilic. Présence de gaz. Extirpation du kyste par voie abdominale après enfouissement de la fistule. Pas de drainage. Guérison (PATEL, *Lyon Médical*, 1912, CXIII, 422-424).

M^{me} M..., âgée de 42 ans, entre le 30 août dans le service de M. le Professeur POLLOSSON, à la Charité, suppléé par M. le Professeur agrégé PATEL, parce que, depuis au moins trois ans, elle ressentait, dans son ventre, une boule qui, sans la faire souffrir, la gênait. Depuis quelque temps, trois semaines à un mois, cette boule a grossi, fait souffrir la malade de tout son abdomen, lui donne de la fièvre.

Son père est vivant et bien portant. Sa mère est morte hydropique.

Elle a deux sœurs et un frère qui sont en bonne santé. Jamais cette femme n'a été malade.

Réglée à l'âge de 16 ans, elle l'a toujours été régulièrement.

Elle n'a eu qu'un seul enfant ; jamais de fausse couche. Son enfant est mort à l'âge de 5 mois, de convulsions.

La couche a été normale. La malade nous écrit : « J'ai eu dix-huit heures de douleurs dans ma couche ; la suite de la couche a très bien marché ».

Quand la malade se présente à l'hôpital, elle est pâle, amaigrie, ses pommettes sont rouges. La palpation des téguments montre que la malade doit avoir de la température, ce que vérifiera ensuite le thermomètre.

La malade ne peut nous dire de combien elle a maigri ces derniers temps ; mais elle ne peut manger, n'a pas d'appétit.

Son cœur, ses poumons sont en bon état.

L'abdomen est ballonné ; sa partie sous-ombilicale surtout fait saillie et rappelle le ventre en obusier.

La paroi abdominale est sillonnée d'un fin lacis veineux, surtout au niveau des régions ombilicale et sous-ombilicale. A l'ombilic, la peau est rouge, tendue, luisante.

La palpation permet de déceler de l'empâtement diffus plutôt que de la vraie fluctuation. Les téguments sont, en effet, œdématiés, gardant l'empreinte du doigt et traduisant par leur état une suppuration profonde.

La percussion donne de la matité dans toute la région sous-ombilicale. Le diaphragme se contracte bien. La malade n'a pas de symptôme de compression intestinale ou utérinale. Elle va à la selle normalement, urine bien ; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le 31 août 1912, la tuméfaction ombilicale s'accroît, la douleur se précise, devient plus aiguë et, de toute évidence, un abcès va s'ouvrir. A ce moment, la température était de 38°8. Le 31 au soir, la température monte à 39°4, et dans la nuit du 31 août au 1^{er} septembre, la tuméfaction s'ouvre

spontanément. Le lendemain matin, dans le pansement, on trouve un pus verdâtre, abondant, crémeux, d'odeur fétide et très repoussante.

A la suite de cette ouverture spontanée, la malade est bien soulagée ; elle ne ressent plus ces douleurs aiguës et lancinantes. La température tombe à 37°5 brusquement.

La palpation de l'abdomen est rendue plus facile par le flot de pus qui s'est écoulé et on a nettement l'impression d'une poche bien limitée, dont la paroi indurée et résistante se perçoit facilement à travers la paroi abdominale.

La percussion décèle alors une matité nette ; cependant, au niveau de l'ombilic, autour de la fistule, une zone sonore qui traduit la présence du gaz à l'intérieur de la poche.

Le toucher vaginal a montré un utérus refoulé en arrière, des culs-de-sac comblés par une masse volumineuse qui les distend et communique avec la poche abdominale. On fait à ce moment le diagnostic de kyste de l'ovaire.

La suppuration ombilicale s'est tarie les jours suivants. Les rapports avec la poche existante ne peuvent être précisés exactement. On commence à désinfecter la paroi abdominale en vue d'une intervention et, quand on la juge suffisante, on se décide à opérer.

Le 6 septembre 1912, on fait une incision péri-ombilicale circonscrivant la fistule ombilicale et ses bords. On fait une suture en bourse des deux lèvres internes de la plaie ramenées en dedans pour fermer la fistule ombilicale et se préserver de toute issue de pus. On pénètre ensuite dans la cavité abdominale et l'incision est prolongée jusqu'à la symphyse pubienne.

On est en présence d'une poche dure, adhérente de toute part à la paroi abdominale. Au niveau de l'ombilic, les adhérences entre la poche et la paroi sont encore plus intimes et de manière manifeste, la suppuration ombilicale communique et a pour origine la poche abdominale.

La décortication de la poche est pénible à cause de ses adhérences aux anses grêles intimement unies à la paroi

kystique. La paroi postérieure de la poche kystique est pour ainsi dire soudée à l'anse sigmoïde. On arrive enfin, toutefois, à pédiculiser sans entrer dans la lumière intestinale. La masse isolée est lourde, très grosse, plonge en entier dans le pelvis et tient par un pédicule à la paroi latérale gauche. Il s'agit nettement d'un kyste ovarique. Le pédicule est saisi entre deux pinces, sectionné et lié au catgut.

La poche enlevée, on se voit en présence d'une immense cavité dont les parois sont épaissies et vascularisées. L'exploration des trompes, de l'autre ovaire, les montre sains.

On procède alors à la fermeture complète de la paroi abdominale, sans effectuer aucun drainage.

Examen de la pièce. — Son poids est exactement de 4 kg. 200. Les parois de la poche sont très épaissies. A l'ouverture du kyste, outre des gaz très fétides, des matières sébacées, verdâtres purulentes, d'odeur infecte. En somme, il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire et gazeux.

Suites. — Les suites opératoires furent très simples ; la température a persisté quelques jours aux environs de 38°.

A l'heure actuelle, la malade va bien, n'a aucun trouble du côté de l'intestin. L'appétit est revenu ; elle a repris son embonpoint.

Les règles sont revenues.

La paroi abdominale est souple, solide.

OBSERVATION 13

Ouverture fistuleuse à droite de l'ombilic (MONTGOMERY, *Dublin, Jour. Of. Med. sc.*). In thèse GORUSCHINE, Lyon, 1905.

Ouverture fistuleuse d'un kyste dermoïde suppuré à droite de l'ombilic. Issue du pus, de cheveux et d'os. Grossesse. Accouchement normal. Terminaison inconnue.

OBSERVATION 14

In thèse FOSSARD, Paris, 1901. (Communication orale du 20 mars, Lucas CHAMPIONNIÈRE.)

Femme de 62 ans atteinte d'un volumineux kyste de l'ovaire. A trois reprises, ce kyste déversa son trop-plein par l'orifice ombilical. La peau de cette région se modifiait, devenait rouge, amincie, puis se rompait. On voyait sourdre par l'orifice le liquide, qui s'écoulait pendant plusieurs jours, d'une façon à peu près continue, irritait un peu les régions voisines, d'où la sensation de brûlure accusée par la malade. Ce liquide inondait tellement le lit qu'on était obligé de placer sous le bandage du corps une série de compresses et de nombreux imperméables.

OBSERVATION 15

ESCAT et VENEJOUL rapportent le cas d'un kyste ovarien calcifié et suppuré, ayant donné lieu à un foyer périvésical sous-péritonéal fistulisé à l'ombilic et simulant une fistule. (*Archives franco-belges de chirurgie*, Bruxelles, 1923, XXVI, 772-782.)

OBSERVATION 16

(Due à l'obligeance de mon Maître, le Professeur BINET)

En 1922, le Professeur BINET, remplaçant le Professeur VAUTRIN, eut l'occasion de voir un kyste dermoïde ovarien ouvert à l'ombilic. L'interne se méprenant, crut à un abcès local et incisa. C'est alors qu'apparurent les éléments constitutifs du kyste dermoïde : cheveux, etc..., qui étayèrent le diagnostic.

Le Professeur BINET intervint et pratiqua l'ablation du kyste, complétée par une hystérectomie. La malade guérit sans incidents dans les délais normaux.

B. — Kystes ouverts à la paroi abdominale.

L'ouverture peut se faire en des points variables.

Nous citerons plus loin le cas de JARJAREY, où elle se fit à 3 centimètres au-dessus du pubis.

Celui de RICHET où elle se fit au-dessus de l'arcade crurale, ceux de MONRO et d'OLSHAUSEN, où l'ouverture siégeait dans l'aîne et dans le pli génito-crural.

BARNES nous cite un cas où il y avait deux fistules près de l'ombilic.

Dans un cas observé par NÉLATON et PÉAN, la plaie s'étendait obliquement de l'ombilic à l'arcade crurale.

En général, quand un kyste s'ouvre à la paroi abdominale, les adhérences sont plus étendues que s'il s'ouvre dans un organe creux.

OBSERVATION 1

Kyste fœtal ovarique gauche simulant un abcès de la fosse iliaque droite. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, série I, tome VII.) In thèse LÉVESQUE, 1903-1904.

Femme de 35 ans, morte dans le service de RICHET, à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette femme, qui a eu plusieurs enfants, a été prise, l'année dernière, au mois de mai, de symptômes que le médecin de la localité caractérisa de fièvre typhoïde. Elle fut assez longtemps à se rétablir, et, pendant la convalescence, il survint dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, qui bientôt devint fluctuante et s'ouvrit au-dessus de l'arcade crurale, en bas et en dedans de l'épine iliaque antérieure. Depuis cette époque, l'ouverture, qui est restée fistu-

leuse, n'a pas cessé de laisser échapper chaque jour une notable quantité de pus, à ce point que la malade, inquiète et épuisée, résolut de venir à Paris pour chercher remède à son mal.

Elle entre à l'hôpital Saint-Antoine dans les premiers jours de février. Cette femme est parfaitement réglée, d'un assez bon appétit, seulement elle se plaint de douleurs continues dans le bas-ventre. Un stylet introduit par l'ouverture fistuleuse permet de constater que le trajet qui livre passage au pus est tortueux, très oblique, se dirigeant en dedans du côté de la symphyse pubienne, parallèlement à l'arcade crurale. Le toucher vaginal démontre que l'utérus est à l'état normal comme volume et comme direction, et que le ligament large est étranger au développement du foyer purulent de la fosse iliaque.

Les jours suivants, j'introduis dans le trajet fistuleux un morceau d'éponge préparée, et quelques jours après je puis y plonger le doigt, ce qui me permet de constater qu'il existe derrière la paroi abdominale un large foyer purulent, parfaitement limité en arrière par la fosse iliaque, en bas par l'arcade crurale et l'union de la gaine du psoas à cette bandelette fibreuse, en avant par la paroi abdominale. En parcourant cette poche avec le doigt, je découvre, du côté de la racine de la cuisse et attenant au psoas et à l'arcade crurale, une tumeur qui fait saillie dans la cavité du foyer. Afin de mieux explorer, j'agrandis l'ouverture à l'aide du bistouri, du côté interne, et je constate alors que cette tumeur saillante contient quelque chose de dur et de rugueux que je saisis avec des pinces à pansement, et que j'amène, non sans quelques difficultés, à l'extérieur. C'était une dent ; j'en retire successivement plusieurs, puis un fragment d'os, puis un paquet de poils et de cheveux. Plus de doute dès lors, le prétendu abcès de la fosse iliaque, suite de fièvre typhoïde, n'est autre chose qu'un kyste fœtal.

Les jours suivants, je me borne à laver le foyer à l'aide de grandes lotions avec la décoction de quinquina ; mais

la suppuration est tellement abondante et fétide, et la malade a un tel désir d'être débarrassée de son infirmité, que je songe sérieusement à tenter l'extraction de ce qui reste de cette poche. Toutefois, afin de mettre toutes les chances favorables de mon côté, je décide que cette extraction ne se fera que par décollement et arrachement avec le doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, de crainte d'intéresser la cavité péritonéale, que je suppose être très voisine, et qu'elle n'aura lieu que progressivement et non en une seule séance. Il fut fait ainsi : c'est-à-dire que pendant plusieurs jours je retirai successivement des dents, des fragments osseux, des débris d'os, etc., jusqu'à ce qu'enfin je crus pouvoir décoller la portion du kyste opposée à la paroi péritonéale, celle qui adhéraît à l'arcade crurale et au psoas. L'extirpation se fit sans beaucoup de difficultés et j'introduisis dans le foyer quelques bourdonnets de charpie.

Le lendemain, la malade était dans son état de santé habituel ; mais le surlendemain, elle fut prise d'un violent frisson ; le ventre se gonfla, puis bientôt survinrent, successivement, tous les symptômes d'une péritonite aiguë à laquelle elle succomba.

A l'autopsie, nous trouvâmes du pus dans la cavité péritonéale, et surtout dans le petit bassin. La fosse iliaque droite était occupée par une tumeur du volume du poing, que circonscrivaient des adhérences à la paroi abdominale, adhérences formées par le grand épiploon, enveloppant complètement et de tous côtés une tumeur globuleuse constituée par l'ovaire gauche. L'ovaire droit et l'utérus, refoulés dans le petit bassin, étaient situés au-dessous de la bride que fournit le ligament large du côté gauche, tirailé et fixé dans la fosse iliaque droite. Une petite fissure existait entre les adhérences qui fixaient la tumeur à la paroi abdominale, près de l'arcade crurale, et c'était par là que les liquides contenus dans la poche avaient fusé dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION 2

HEINRICH. . . *Zeit. für rat. Med.* V., 1846. In GROGNOT.

Mariée à 17 ans, onze enfants. Développement d'un kyste après la naissance du dernier. Ouverture à la paroi abdominale. Fistule, sortie de cheveux. Guérison.

OBSERVATION 3

INGLEBY. — *Lancet*, 1839.

Ulcération de la paroi abdominale ; évacuation du contenu du kyste. Guérison.

OBSERVATION 4

JARJAVAY. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1852.

Kyste ouvert à la partie inférieure de l'abdomen à 3 centimètres au-dessus du pubis. Un abcès ayant apparu en ce point, on l'ouvrit, et il en sortit des poils. Morte d'épuisement. Cette ouverture conduisait dans un kyste ovarique, placé au-devant de l'utérus, sur les côtés de la vessie.

OBSERVATION 5

LAFLIZE. — *Bacher, Journ. de médecine*, 1792.

Jeune fille de 18 ans, tumeur dans la partie latérale gauche de l'abdomen. Ouverture. Il sortit du pus, des cheveux, puis un os avec huit dents. Guérison.

OBSERVATION 6

MONRO. — *Essais d'Edimbourg*, VI, p. 409. In BOIVIN et DUGÈS, *loc. cit.*, p. 537.

Ouverture dans l'aîne. Guérison.

OBSERVATION 7

NÉLATON et PÉAN. — In GROGNOT, 1877 (Paris).

Un kyste s'était rompu à la paroi abdominale. L'ouverture s'étendait obliquement depuis l'ombilic jusqu'à l'arcade crurale.

OBSERVATION 8

OLSHAUSEN. — In LEFRANC, 1887.

Fistule génito-crurale consécutive à la suppuration d'un kyste dermoïde. OLSHAUSEN élargit l'orifice ; il râcla et draina le kyste. La malade guérit.

OBSERVATION 9

RICHET. — *Gazette des Hôpitaux*, 1857.

La tumeur s'ouvrit au-dessus de l'arcade crurale en dedans de l'épine iliaque. RICHET dilata le trajet et retira des dents, des os, des cheveux. Péritonite et mort. Une fissure s'était faite dans les adhérences qui unissaient la tumeur à la paroi abdominale.

OBSERVATION 10

ROBERTS. — Spontan Entleerung von Ovarialysten. — *Zentralblatt für Gynäk.*, 1886.

Evacuations répétées par la paroi abdominale. Mort.

OBSERVATION 11

TURETTA. — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1882.

Kyste dermoïde de l'ovaire suppuré et ouvert à la paroi abdominale. Guérison.

OBSERVATION 12

VALLERAND DE LAFOSSE. — CRUVEILHIER : *Anat. Path.*, Paris 1816.

Un kyste s'ouvrit à la partie inférieure et droite de l'abdomen. Il en sortit du pus avec des poils longs et blonds. Morte d'épuisement.

OBSERVATION 13

WEST. — In GROGNOT, 1877.

Deux cas d'ouverture à la paroi, une guérison et une mort.

OBSERVATION 14

Un cas de suppuration double de kyste de l'ovaire, causé par le bacille typhique. Guérison après formation d'une fistule abdominale. (KRIWSKY, *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1911, Bd. XXXIV, p. 696).

Une malade atteinte de fièvre typhoïde dix mois avant son entrée à l'hôpital, se plaint maintenant d'une tumeur ventrale qui aurait surtout augmenté depuis cette maladie. On pose le diagnostic du kyste ovarique. La laparatomie montre qu'il existe deux kystes dermoïdes bilatéraux de l'ovaire.

L'un, le plus grand, très adhérent au tractus intestinal, contient un liquide nettement purulent ; l'autre est rempli du contenu habituel des dermoïdes.

Extirpation des deux tumeurs ; drainage vaginal. Guérison après formation d'une fistule abdominale.

C. — Kystes ouverts au périnée.

Dans une observation due au Professeur BINET, nous avons remarqué un mode de fistulisation assez rare, puisque le siège en était le périnée. La masse kystique infectée avait basculé dans le Douglas, et étant en connexion avec le vagin, s'y était ouverte par deux orifices fistuleux, et, d'autre part, s'était évacuée par trois ou quatre orifices siégeant dans la région péri-anale droite.

OBSERVATION 1

D'un kyste du parovaire ouvert au périnée. — Observation due au Professeur BINET (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, avril 1932).

M^{me} L... Pauline est adressée par son médecin traitant pour fistules à l'anus le 1^{er} juillet 1931. En effet, en plaçant la femme en position gynécologique, on aperçoit dans la région périnéale droite trois ou quatre orifices fistuleux laissant sourdre un peu de sérosité purulente. Poursuivant les investigations, on note tout d'abord, par la palpation abdominale, l'existence d'une tumeur d'une tête de fœtus débordant largement la symphyse pubienne et occupant une partie de la fosse iliaque droite ; à gauche, il semble exister une masse moins volumineuse.

Au toucher vaginal, on perçoit le col utérin placé derrière la symphyse pubienne. L'utérus est en complète rétroversion. Les culs-de-sac latéraux du vagin sont comblés par les masses perçues par la palpation abdominale.

La tuméfaction droite se prolonge sous forme d'un cordon induré le long de la cloison recto-vaginale ; deux orifices fistuleux sont encore notés au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin. L'examen complet de la malade permet de conclure à la présence d'une tumeur kystique juxta-utérine infectée et fistulisée au niveau du vagin et au niveau de la région péri-anale.

L'intervention s'impose. Elle est pratiquée le 10 juillet 1931 et est ainsi conduite :

Laparatomie médiane sous-ombilicale.

On découvre d'abord un kyste inclus dans le ligament large droit. Il est ponctionné et on évacue environ 500 centimètres cubes de liquide citrin. Ce kyste se prolonge au niveau du cul-de-sac vaginal par une zone indurée qui correspond au trajet fistuleux. Ce kyste droit est un kyste Wolffien.

A gauche, on trouve un kyste dermoïde de l'ovaire prolapsé dans le Douglas et adhérent au péritoine.

Ce kyste gauche est extériorisé avec une certaine difficulté et réséqué. Il contient du sérum malodorant.

On pratique l'hystérectomie abdominale totale qui est assez laborieuse en raison de la zone indurée qui existe à droite. L'uretère droit est disséqué et dénudé sur 5 à 6 centimètres, mais n'est pas blessé.

On draine par le vagin, au moyen d'un gros drain et de deux mèches. On place dans le Douglas un Mickulicz contenant un gros drain et deux compresses, et on ferme le ventre en quatre plans de suture en ménageant à la partie déclive de l'incision le passage du Mickulicz.

Suites opératoires parfaites. La malade quitte la clinique trois semaines après l'intervention, en excellent état.

La malade est revue deux mois après l'opération. Les fistules sont complètement taries et cicatrisées.

Chez cette malade, il est à noter que la fistulisation s'est faite progressivement, sans grand fracas. La femme avait eu antérieurement trois enfants et cinq fausses couches. Son dernier accouchement remontait en 1928, mais ni lui, ni les suites de couches n'avaient été incidentes. Les premières fistules étaient apparues en 1930.

II. — OUVERTURE DANS LES VOIES GENITALES

Dans la presque totalité des cas, le trajet fistuleux aboutit dans le vagin. Dans l'observation précédente (Professeur BINET), l'ouverture s'était faite à la fois dans le vagin et au périnée.

BARTSCHER a vu un kyste ouvert dans le vagin. Le doigt pénétrait sur la paroi postérieure du vagin près

du cul-de-sac gauche dans un orifice déchiré à bords irréguliers.

JAMINSKI a vu un kyste dermoïde ouvert dans le cul-de-sac postérieur. SALTER a vu un kyste ouvert dans la partie supérieure du vagin.

BUYR nous cite une observation où le kyste communiquait avec le vagin par un trajet fistuleux.

DELEET cite deux cas dus à BARNER et à HERMANN où des kystes dermoïdes suppurés s'ouvrirent dans le vagin, une fois derrière l'utérus et une fois dans la paroi postérieure.

Quand le kyste s'ouvre dans le vagin, il peut, de même que lorsqu'il s'ouvre dans le rectum, s'invaginer, s'engager dans l'orifice fistuleux et être expulsé sous la forme d'une tumeur polypoïde.

L'ouverture dans l'utérus, dit LEFRANC, est rare, ce qui se comprend en raison de l'épaisseur des parois de l'organe et de sa position dans le bassin.

BARNES rapporte le cas suivant: « Une femme atteinte de kyste de l'ovaire étant en travail, l'accoucheur fut obligé de faire une incision dans le tissu de l'utérus pour extraire l'enfant. Après la délivrance, on retira de l'utérus une masse considérable de cheveux. L'accoucheur n'avait cependant pas incisé la paroi du kyste. Peu de temps après, le kyste s'ouvrit dans le vagin. »

OBSERVATION 1

Ouverture de kyste dermoïde de l'ovaire dans le vagin.

LAROYENNE, *Lyon Médical*, 1911.

Eugénie R..., ménagère à Valence. Deux accouchements à terme, le troisième avec forceps, pas de fausses couches.

Menstruation régulière. Les règles durent de six à huit jours. Après le dernier accouchement, elle a eu de la fièvre et des vomissements qui durèrent trois mois et qui paraissent pouvoir être attribués à des accidents péritonitiques. Au bout de huit mois, la malade entre à la clinique où on lui ponctionne une tumeur dans laquelle on trouve des cheveux et de la matière sébacée. Elle resta trois ans sans souffrir du ventre.

Actuellement, la malade perd du pus à peu près constamment, mais en quantité peu abondante. Plaques rouges avec odeur forte sur la face interne des cuisses.

A l'examen du cul-de-sac postérieur du vagin, on constate qu'il est dur, tendu, un peu douloureux, et qu'il présente un orifice fistuleux, admettant la pulpe digitale, dans lequel est engagée une mèche de cheveux. Ce trajet a une longueur de 4 à 5 centimètres.

OBSERVATION 2

ANDERSON. — In SPENCER WELLS, *loc. cit.*, p. 21.

Une malade, à qui on devait faire une ponction, perdit tout à coup une grande quantité d'un liquide albumineux contenant des cristaux de cholestérine. Six mois après, elle succombait à un accès d'hémoptysie. A l'autopsie, on trouva un kyste à parois épaisses, vide, affaissé et flottant dans la cavité abdominale. Il présentait une ouverture et on pouvait facilement faire passer une sonde d'un certain calibre par la trompe, l'utérus et le vagin.

OBSERVATION 3

BARNES. — *Saint-Thomas Hospital Reports*, 1878. — Archives de tocologie, 1879.

M^{me} T... Pendant son premier accouchement, le médecin fut obligé de faire une incision dans le tissu de l'utérus pour

délivrer l'enfant. Aussitôt après la délivrance, on retira de l'utérus une masse volumineuse de cheveux. On n'avait cependant pas incisé la paroi du kyste. Peu de temps après, un abcès se forma derrière l'utérus et vint s'ouvrir dans le vagin. BARNES agrandit l'ouverture au bistouri. Il retira un paquet de cheveux, de la graisse, deux dents incisives. On fit des injections iodées répétées. La malade finit par guérir vers le mois de mai 1878. C'était un kyste dermoïde suppuré, qui s'était ouvert dans le vagin.

OBSERVATION 4

BARSTCHER, *loc. cit.*, p. 347.

N. N..., 38 ans, trois enfants, dont le plus jeune a trois ans. Pendant l'allaitement, douleurs lancinantes dans la région inguinale gauche, sans tuméfaction. L'enfant fut sevré à dix mois ; les règles revinrent régulièrement pendant quelque temps, puis cessèrent. Le volume de l'abdomen augmenta. A l'entrée de la malade à l'hôpital, ventre volumineux, circulation collatérale. Œdème des extrémités inférieures et de la région hypogastrique. Dans le cul-de-sac postérieur et gauche du vagin, on sentait une tumeur élastique ; par l'exploration abdominale et vaginale, on percevait de la fluctuation et du frémissement hydatique. On sentait la tumeur par l'anus. Aggravation de l'état général, cachexie. Le 10 septembre, douleurs très violentes, vomissements, syncopes fréquentes. En même temps, écoulement par le vagin d'une grande quantité d'eau teinte de sang. Le volume de l'abdomen diminua, la dyspnée et les autres symptômes alarmants se calmèrent, mais la malade éprouva des douleurs vives dans le vagin. Le doigt rencontrait, sur la paroi postérieure du vagin, près du cul-de-sac gauche, un orifice à bords irréguliers, par lequel s'écoulait de l'eau. La masse de liquide écoulé était de 6 à 7 livres, et contenait une grande quantité

de kystes du volume d'une lentille à celui d'une noix. Trois jours après, hémorragie par la plaie du vagin qui fut arrêtée par l'emploi à l'intérieur d'acétate de plomb et d'opium et par des injections froides. Guérison rapide en six semaines. Six mois après, les règles revinrent, elles persistèrent régulièrement pendant trois ans, puis cessèrent. Quatre ans après la guérison du kyste, la malade mourut de tuberculose.

OBSERVATION 5

BAUCHET. — In BOINET, *loc. cit.*, p. 252.

BAUCHET cite le cas d'une jeune dame dont le kyste se serait ouvert dans le vagin ; mais, d'après les détails qu'il donne, BOINET croit que le kyste était tubo-ovarien.

OBSERVATION 6

BUYS. — In GROGNOT, *loc. cit.*

BUYS, de Bruxelles, a vu un kyste se remplissant et se vidant alternativement par un trajet fistuleux dans le vagin.

OBSERVATION 7

GOSSELIN. — *Union médicale*, 1869.

Femme de 31 ans, kyste multiloculaire. Ouverture dans le vagin, suppuration, guérison.

OBSERVATION 8

JASINSKY. — *Graefe N. Walther, Journal*, t. XII p. 3. In LEBERT, *loc. cit.*

28 ans, après le quatrième accouchement, leucorrhée abondante, douleur vive dans le vagin, tumeur qui s'ouvrit

en donnant lieu à un écoulement puriforme. A la partie postérieure et gauche du vagin, on trouve un corps dur qui causait de la douleur au mari pendant le coït et qui excoria la joue d'un cinquième enfant au moment de l'accouchement. C'était un os qui portait quatre dents.

OBSERVATION 9

MUNDE. — *Amer. Journ. of Obstet.*, 1878. — *Virchow und Hirsch Jahresbericht*, 1878.

Kyste dermoïde suppuré ouvert dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

OBSERVATION 10

SALTER. — *Lancet*, 1861, II, 26 octobre.

Nombreuses ponctions. La malade perdit tout à coup une grande quantité de liquide par le vagin. Le kyste se vida complètement et ne s'est plus rempli. L'orifice se trouvait à la partie supérieure du vagin.

III. — OUVERTURE DANS LES VOIES DIGESTIVES

Nous en avons réuni 28 cas se répartissant ainsi :

- 8 fois l'ouverture qui se fit dans l'intestin sans indications plus précises,
- 3 fois elle se fit dans le gros intestin (cæcum, colon S iliaque),

4 fois elle se fit dans l'intestin grêle,
13 fois elle se fit dans le rectum.

D'après les cas précis, l'ouverture a donc lieu le plus souvent dans le rectum : les auteurs donnent généralement peu de détails anatomo-pathologiques.

WEST et BOINET disent que l'orifice se trouvait au-dessus du sphincter interne.

Dans le cas de LACROUVILLE, il se trouvait à la partie inférieure du rectum, et dans le cas de MURCHINSON à 102 millimètres au-dessus de l'anus.

BARNES cite une pièce de musée présentant une communication entre un kyste et la paroi supérieure du rectum.

Le plus souvent, le rectum et le kyste sont immédiatement accolés et la communication est directe, quelquefois, au contraire, les deux organes sont plus éloignés et la communication se fait par l'intermédiaire d'un abcès fécal.

MILMAN COLEY cite l'observation d'une malade chez laquelle un abcès s'ouvrit dans le rectum ; un an après, elle mourut. A l'autopsie, on trouva un trajet fistuleux conduisant d'un kyste ovarique au rectum. C'était le trajet de l'ancienne fistule. JANVOIN cite le cas où un diverticule kystique avait ulcéré les parois du rectum et avait pénétré dans la cavité de cet organe. Le plus souvent, l'orifice est disposé de façon à permettre l'écoulement du liquide kystique dans le rectum, mais non la pénétration des matières fécales dans la tumeur. BOIVIN et DUGÈS ont cependant trouvé un kyste rempli de matières fécales. La pénétration des gaz intestinaux dans

la cavité de la tumeur est au contraire fréquente. Dans certains cas, le kyste vidé s'inverse et est expulsé par le rectum. BONCHACOURT en cite un exemple.

COOPER ROSE a vu chez une même malade un kyste de l'ovaire droit s'ouvrir dans le cœcum, et un kyste de l'ovaire gauche s'ouvrir dans le rectum. La communication avec d'autres points de l'intestin ne présente rien de particulier dans un cas de NÉLATON, le kyste communiquait avec l'S iliaque par un trajet de la longueur du petit doigt, il communiquait de plus avec un abcès de la fosse iliaque. Dans le cas de ROTUREAU, un kyste communiquait avec l'iléon par deux orifices, l'un de 1 cm. $\frac{1}{4}$ de largeur se trouvait à 7 centimètres de la valvule iléo-cœcale, l'autre large de 9 millimètres se trouvait à 2 centimètres au-dessus du premier. BARNES nous cite un cas de communication entre un kyste et l'iléon à 120 millimètres de la valvule iléo-cœcale.

GILLETTE a vu une malade mourir à la suite de vomissements et de selles purulentes. A l'autopsie, on trouva un kyste de l'ovaire gauche, ouvert dans l'iléon et le cœcum.

L'ouverture dans l'estomac est exceptionnelle.

OBSERVATIONS

1° Dans l'intestin sans limites précises

OBSERVATION 1

ATLEE. — *Boston med. and surg. journal*, 1885.

Kyste dermoïde ouvert spontanément dans l'intestin. Guérison.

OBSERVATION 2

BLACK. — *Australian med. Record*, 1881, 15 mai.

M^{me} Waite, 48 ans, tuberculeuse ; le kyste se vida trois fois dans l'intestin à quelques semaines d'intervalle, chaque fois avec aggravation des symptômes pulmonaires. Mort par phtisie galopante. BLACK admit qu'il y avait une tuberculose intestinale, et que la pression du kyste avait amené une inflammation, des adhérences et la perforation.

OBSERVATION 3

BLUNDELL. — *Maladies des femmes*, p. 122.

Une femme atteinte de kyste ovarique était soulagée par des vomissements et par des selles d'eau.

OBSERVATION 4

CAMERON. — *Glasgow Med. Journ.*, 1887.

Communication d'un kyste avec l'intestin, adhérences nombreuses. Suture du kyste à la paroi abdominale, et drainage. Guérison.

OBSERVATION 5

CUVIER. — *Archives de tocologie*, septembre 1877.

Kyste ouvert dans l'intestin.

OBSERVATION 6

FRAENKEL. — *Virchow Arch.*, 1883.

Kyste dermoïde, torsion de pédicule, suppuration, ouverture dans l'intestin, mort.

OBSERVATION 7

MAGNUS HUSS.

Ouverture dans le rectum, inflammation, gangrène de l'intestin. Mort.

2° Dans le gros intestin

OBSERVATION 8

BRIGHT. — *Guy's Hospital Reports*, avril 1838.

Marie-Anne Jones, 21 ans, tumeur à la partie inférieure de l'abdomen ; souffrances vives et continuelles. La malade fut prise de diarrhée ; selles abondantes, boueuses, sans pus. La tumeur s'affaissa peu à peu ; elle variait de volume suivant l'abondance des selles. Autopsie : tumeur de l'ovaire droit placée derrière l'utérus. Communication avec le cœcum. La tumeur et le colon ascendant et transverse contenaient un liquide rougeâtre.

OBSERVATION 9

MILLMAN-COLEY. — *Edinb. med. Journ.*, 1814.

28 ans ; depuis cinq ans, aménorrhée, douleur et tumeur dans le flanc droit. Etat hectique. Un abcès s'ouvrit dans le rectum ; au bout de quelques semaines, la malade sembla guérie, bientôt les douleurs revinrent, fièvre, vomissements. Nouvelle amélioration pendant un an ; puis les mêmes accidents se reproduisent, et se terminent par la mort subite. Autopsie : le péritoine contient un liquide fétide et des gaz. L'ovaire droit a le volume d'une tête de fœtus et paraît squirrheux. Cette tumeur contient des cheveux et des dents. Un trajet conduit de l'ovaire à l'intestin, au niveau de l'S iliaque. C'est la cicatrice de l'ancienne fistule.

OBSERVATION 10

E. NÉLATON. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1855.

M... Elisabeth, 40 ans, entre à l'hôpital le 18 décembre 1854. Depuis huit mois, douleur dans le ventre ; depuis plusieurs mois, selles purulentes. Induration dans la fosse iliaque droite. Par le toucher rectal, on sent, à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus, un bourrelet formé de deux ou trois bosselures de la grosseur d'une petite noix ; induration à droite du rectum. Mort au mois de mars. Autopsie : péritonite. Deux tumeurs ; le kyste gauche contient un liquide citrin ; le kyste droit du pus et des gaz. Un orifice de 3 à 4 millimètres fait communiquer cette tumeur avec un abcès de la fosse iliaque se prolongeant dans le canal crural. Un trajet de la longueur du petit doigt la fait communiquer avec une anse de l'S iliaque.

3° Dans l'intestin grêle

OBSERVATION 11

BARNES, *loc. cit.*, p. 288.

Pièce de musée : kyste de l'ovaire gauche, communiquant avec l'iléon par un orifice situé à 120 millimètres de la valvule iléo-cœcale. Quelques semaines avant la mort, après l'issue d'une grande quantité de liquide par l'anus, la malade avait vu la tumeur abdominale diminuer, et la matité faire place à de la résonance.

OBSERVATION 12

GILLETTE. — *Amer. Journ. of Obstet.*, 1878.

36 ans. Ponction d'un kyste, suppuration ; évacuation du pus par les selles le 21 juin 1877. Quelques jours après, vomissements purulents. Mort le 31 juillet. Kyste de l'ovaire gauche ouvert dans l'iléon et le cœcum.

OBSERVATION 13

OLLENROTH. — *Compendium de médecine*, 1845.

MONNERET et FLEURY rapportent une observation due à OLLENROTH, dans laquelle le kyste se serait ouvert dans l'iléon, puis dans l'estomac.

OBSERVATION 14

ROTUREAU. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1842.

Caroline M..., 32 ans. Tumeur datant d'environ huit ans et demi, douloureuse depuis huit mois. Fausse couche il y a

deux mois ; à partir de ce moment, augmentation de volume de la tumeur, vomissements bilieux. Entrée à l'hôpital le 21 janvier 1842. Tumeur du volume d'une tête d'adulte. Respiration difficile, face ictérique, pouls à 130. Le 9 février, vomissements, selles abondantes et fétides, contenant des flocons jaunes ; les vomissements continuèrent jusqu'au 22 février, date de la mort de la malade. Autopsie : tumeur adhérente à l'intestin grêle ; deux communications : l'une de 1 cm. $\frac{1}{4}$ de largeur à 7 centimètres de la valvule iléo-cœcale, l'autre de 9 millimètres à 2 centimètres au-dessus de la première.

4° Dans le rectum

OBSERVATION 15

ALLCHIN. — *Lancet*, 1880, II, 30 octobre.

A l'autopsie, on trouva un vaste abcès de l'ovaire communiquant avec le rectum par une ouverture de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, située à 6 centimètres au-dessus de l'anus.

OBSERVATION 16

BOINET, *loc. cit.*

Jeune fille de 20 ans ; communication siégeant au-dessus du sphincter supérieur. Les matières ne s'écoulaient qu'au moment des selles. Santé générale bonne.

OBSERVATION 17

BOIVIN et DUGÈS, *loc. cit.*

Une malade était traitée pour entérite chronique. A l'autopsie, on trouva un kyste de l'ovaire gauche communiquant avec le rectum et rempli de matières fécales.

OBSERVATION 18

BOUCHACOURT. — *Gazette médicale*, 1850, p. 635.

Jeune fille, pâle, sujette à la constipation. Elle rendit un jour beaucoup de pus par l'anus. Cet écoulement purulent continua pendant sept mois. Quinze jours après le commencement, une mèche de cheveux sortit par l'anus. La suppuration était arrêtée depuis longtemps, quand un jour la malade éprouva du ténesme rectal, une sensation de corps étranger. A l'examen, on trouva une tumeur adhérente par un pédicule ; cette tumeur fut expulsée, le pédicule fut lié et coupé. Guérison. La tumeur contenait des poils et des dents.

OBSERVATION 19

JANOVIN. — *Archives de tocologie*, 1886.

48 ans. Depuis vingt-cinq ans, douleurs dans la région iliaque droite. « Il y a six ans, allant à la garde-robe, elle vit sortir par l'anus une touffe de cheveux qu'elle chercha vainement à arracher ». Trois ans après, elle put l'arracher. Puis constipation opiniâtre. Opération le 28 mai 1885. Kyste dermoïde des deux ovaires. De la tumeur de l'ovaire gauche partait « un prolongement fibreux, se dirigeant du côté du rectum. En tirant sur ce prolongement avec une force suffisante, on déchira le rectum sur une longueur de 37 milli-

mètres et l'on attira par cette ouverture un petit diverticulum relié à la tumeur par le prolongement fibreux et sur lequel avait poussé une touffe de cheveux noirs tout imprégnés de matières fécales. Ce diverticule, du volume d'un œuf de pigeon, avait ulcéré le rectum et y avait pénétré. Guérison.

OBSERVATION 20

LACRÔUSILLE. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1864.

Kyste ovarique ouvert dans la partie inférieure du rectum. Parois épaisses, comme cartilagineuses. Le liquide renfermait de la cholestérine et du pus. La tumeur avait été considérée par HOUEL comme une hématocele, mais BROUARDEL, DESPRÈS avaient cru à un kyste ovarique.

OBSERVATION 21

LÉOPOLD. — *Hémorr. et tum. sanguines de l'ovaire*. In ROLLIN, *loc. cit.*, p. 68.

Femme de 28 ans, jusque-là bien portante : tout à coup, pendant ses règles, à la suite d'un effort, la malade ressentit une violente douleur dans le bas-ventre ; en même temps apparut à droite de l'utérus une tumeur arrondie, douloureuse, dont le volume atteignit dès les premiers jours le volume d'un œuf de poule. La tumeur diminua et devint mobile ; les douleurs cessèrent ; mais elles reparurent bientôt et persistèrent pendant deux ans. A ce moment, la tumeur augmenta de volume, devint fluctuante et s'ouvrit dans le rectum. La suppuration dura longtemps, la malade mourut de tuberculose. Autopsie : l'ovaire gauche est du volume d'un œuf de poule et adhère au rectum avec lequel il communique.

OBSERVATION 22

MUCHINSON. — *Path. Transact.*, in BARNES, *loc. cit.*, p. 289.

37 ans. Kyste ovarique ; la malade fut prise d'une diarrhée sanguinolente qui dura seize jours sans que le ventre diminuât. Puis les selles continrent beaucoup de pus pendant trois jours ; au bout de huit jours, la tumeur avait disparu. Mort deux ou trois jours après. Le kyste s'était vidé dans le rectum à 102 millimètres au-dessus de l'anus.

OBSERVATION 23

POLK. — *Amer. Journ. of Obstet.*, février 1884.

Kyste de l'ovaire communiquant avec le rectum.

OBSERVATION 24

VIRCHOW. — *Monatsschrift für Geburtskunde*, 1859.

Ouverture dans le rectum d'un kyste dermoïde. Hecticité. Mort.

OBSERVATION 25

WEST. — In BOINET, *loc. cit.*, p. 259.

WEST a observé, à l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, une communication entre un kyste volumineux et le rectum. L'orifice était situé au-dessus du sphincter interne, son diamètre était égal à celui d'une pièce de vingt francs. Dans les derniers jours de sa vie, la malade avait évacué plusieurs litres d'un liquide épais et grumeleux ; les douleurs de la malade avaient diminué, la constipation opiniâtre produite par la compression avait disparu.

OBSERVATION 26

V. JACOBSON. — Kyste de l'ovaire à contenu gazeux (*Revue de Gynécologie*, 1912, p. 273). Communiquant avec le rectum.

Il s'agit d'une malade de 23 ans, et entrée à l'Institut clinique impérial pour des douleurs de l'hypogastre, des pertes blanches et un état fébrile. La maladie datait de cinq ans, depuis que la patiente est mariée, s'est aggravée dernièrement. Les douleurs presque constantes, s'exaspérèrent par période et obligent alors la malade de garder le lit des semaines entières. Premières règles à onze ans. Jusqu'au jour du mariage, la malade déclare avoir été bien portante. Aussitôt mariée, elle a ressenti des douleurs à l'hypogastre, survenant après la fatigue, des douleurs à la miction, des besoins fréquents d'uriner, pertes de couleur verdâtre. Six mois après le mariage, les règles sont devenues plus fréquentes, plus abondantes et contenaient des caillots ; des douleurs vives les précédaient et les suivaient ; ces dernières présentaient quelquefois les caractères des douleurs du travail et survenaient tantôt pendant la menstruation, tantôt, mais plus rarement, dans les intervalles. Le coït est devenu très douloureux. La dernière aggravation date de 16 mois. Depuis, suppression des règles pendant cinq mois, au bout desquels la malade s'est aperçue d'une tumeur, que les médecins consultés ont pris pour une grossesse. Réapparition des règles un mois après et nouvelle disparition pendant quatre mois. Depuis les derniers huit mois, la malade élimine, par l'anus, du pus de couleur jaune verdâtre. Les règles font défaut les sept derniers mois. Les douleurs sont moindres depuis trois ou quatre mois. Pas de pertes blanches. Au moment de l'entrée à l'hôpital, la malade est maigre, anémique, fébricite le soir ; 38°. Faibles doses d'albumine dans les urines. A l'examen, on constate la présence d'une tumeur de consistance indéterminée, plutôt élastique que solide, re-

montant en haut à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et pénétrant par sa partie inférieure dans la cavité pelvienne. Toute la tumeur semble être constituée de deux portions, l'une siégeant en bas et à gauche, dans l'espace de Douglas, l'autre située à droite, au-dessus de la première, et deux fois plus grande que celle-ci.

Diagnostic : Pyosalpingite. Colpotomie postérieure. Aussitôt l'incision du cul-de-sac postérieur faite, on aperçut une tumeur kystique des annexes gauches, dont le contenu purulent fut évacué par la ponction. Les bords de la paroi kystique furent fixés aux bords de l'orifice agrandi du cul-de-sac postérieur et la cavité du kyste tamponnée à la gaze iodoformée. L'opération fut continuée par la laparatomie, la tumeur droite, indépendante de la première, étant fixée par des adhérences. Aussitôt la paroi abdominale incisée, on constata que la tumeur appartenait aux annexes droites, notamment à l'ovaire droit. Ce dernier détail n'a pu être noté que plus tard, quand la tumeur était déjà délivrée de ses nombreuses adhérences avec l'épiploon, l'appendice vermiculaire, l'intestin grêle. La ponction avec un trocart de gros calibre a eu pour effet une sortie violente du contenu gazeux et la réduction de la tumeur au tiers de son volume. Quelques gouttes de pus se trouvaient au fond du kyste. Le détachement de la tumeur de la paroi postérieure du cul-de-sac de Douglas s'est fait sans difficulté, sauf dans un point où l'opérateur a trouvé un gros tractus allant de la tumeur au rectum. Celui-ci fut sectionné et lié ; il ne semblait pas être une voie de communication entre le kyste et l'intestin. Comme il était impossible de rompre les adhérences, on reséquait les parois du kyste et on les sutura avec les bords de la plaie abdominale. La tumeur kystique droite était elle-même composée de deux cavités : l'une, plus grande, du volume d'un gros poing, l'autre moins grande, située plus près de la masse utérine. Contre-ponction de la tumeur gauche ; fixation de la paroi kystique aux bords de la plaie abdominale, tamponnement et drainage des cavités kystiques ; réunion de

la partie inférieure de la plaie abdominale. La malade a succombé le lendemain soir à une septicémie aiguë. Au microscope, les parois de la tumeur gauche sont épaissies (par place, l'épaississement atteint trois quarts à un centimètre) et parcourue à la surface par des tractus périmétriques de trompe gauche, tortueux et appliqués contre la paroi, au niveau de son bord supérieur. Sa lumière est rétrécie, même atrésiée par place, ses parois sont épaissies ; l'extrémité abdominale oblitérée fait corps avec la tumeur. Le kyste droit est composé de deux cavités, une, plus petite, du volume d'une pomme, située plus près de l'utérus, l'autre comme un gros poing, située en arrière, plus près de la périphérie. L'hyperplasie des parois est ici encore plus marquée, leur épaisseur atteint parfois deux à trois centimètres. Sa surface externe adhère au fond et à la surface postérieure de l'utérus. A sa partie postérieure, on voit de fines adhérences avec l'intestin, à travers lesquelles se voit un gros tractus, coupé pendant l'opération et allant au rectum. La muqueuse du rectum présente, à l'endroit où aboutit ce tractus, plusieurs petits orifices qui lui donnent un aspect réticulé. Les orifices ne vont pas au-delà de la musculuse, sauf un, qui conduit sous le tractus. Un canal correspondant est constaté dans l'autre segment du tractus, communiquant avec la tumeur. Il est donc établi par là que la tumeur communiquait avec le rectum. La trompe droite présente les mêmes modifications. Le cul-de-sac de Douglas présente de nombreuses adhérences. Les parois de la vessie sont épaissies.

L'examen microscopique a démontré que les parois du kyste étaient constituées par du tissu conjonctif. Par place, surtout à la surface interne des parois, on constate une infiltration de jeunes cellules rondes. Cette couche, riche en vaisseaux et en leucocytes polynucléaires, contient des cellules géantes à noyaux placés dans le centre de la cellule. A la surface externe de la paroi kystique, on constate par place des faisceaux de fibres musculaires lisses. Les trompes sont atrésiées, leur lumière est étalée et contient, par place,

des restes d'épithélium cubique. Partout ailleurs, la couche épithéliale fait défaut. Les parois de la trompe sont hypertrophiées, aussi bien dans leur couche musculaire que dans la couche conjonctive. Par place, on voit, dans la couche conjonctive, une légère infiltration par des éléments ronds.

IV. — OUVERTURE DANS LA VESSIE

Les vingt observations que nous avons relevées ne nous ont pas permis de trouver beaucoup de considérations anatomo-pathologiques. Dans quelques-uns des cas, la vessie était distendue ou, en outre, mortifiée.

Les kystes s'ouvrant dans la vessie, étant pour la plupart dermoïdes, on trouve souvent des cheveux dans la cavité vésicale, beaucoup plus rarement des os et des dents à cause de l'adhérence de ces productions à la paroi.

Le siège de la fistule n'est généralement pas indiqué. MARSHALL nous dit que dans le cas qu'il a observé, l'orifice se trouvait à la partie supérieure du fond de la vessie. PHILIPPS a vu un kyste communiquer avec la vessie par trois orifices fistuleux.

BLICK et WINGE ont vu un kyste se vider dans la vessie, puis se retourner dans la cavité vésicale pour offrir finalement l'aspect d'une production polypeuse recouverte de poils et faisant saillie dans le réservoir urinaire.

OBSERVATION 1

Un cas de fistulisation d'un kyste de l'ovaire dans la vessie (KYNOCH). — *Journ. of Obstetrico and gynecol.*, 1907, vol. XI, n° 2, p. 1.

Une femme de 42 ans est admise à l'hôpital avec incontinence d'urine. L'état de la malade est précaire.

A l'examen vaginal, on sent à travers le cul-de-sac antérieur une tumeur dure et immobile. Le cathétérisme de la vessie révèle un gros calcul.

Cystostomie et extraction de calculs pesant 1.115 grammes et 1.065 grammes.

Le lavage de la vessie fait sortir par l'urèthre un peu de substance dermoïde.

A gauche de l'utérus, on trouve une tumeur du volume d'une orange et on diagnostique un kyste suppuré de l'ovaire ayant perforé la paroi vésicale.

Laparatomie trois semaines après.

Le kyste avait contracté des adhérences solides avec les organes voisins, surtout avec la vessie, de sorte qu'on fut obligé d'en réséquer une partie.

La malade mourut dix jours plus tard d'une pyélonéphrite.

OBSERVATION 2

BOYER. — *Académie de Médecine*, séance du 13 nov. 1827.

Femme de 24 ans, enceinte pour la deuxième fois. Fut prise de douleurs vives dans la région vésicale, avec ténésme vésical, urines boueuses, purulentes, mêlées de poils. Accouchement à terme. La malade continua à uriner des poils et son mari en retira à l'aide d'un crochet mousse en fil de laiton. DELPECH incisa la paroi supérieure de l'urèthre et

retira de la vessie un petit calcul et des poils. Deux mois après, de nouveaux accidents ayant déterminé une seconde intervention, DELPECH retira encore de la vessie un corps gros comme un œuf de poule dans lequel on distinguait un fragment de peau avec des cheveux et une masse osseuse ressemblant à une apophyse zygomatique et portant une dent molaire. Guérison.

OBSERVATION 3

BREISKY. — *Corresp. Bl. für Schweiz. Aerzte*, 1874.

CONRAD nous rapporte l'observation suivante de la clinique de BREISKY, de Berne. Veuve de 26 ans, ayant eu trois accouchements réguliers. Pendant la dernière grossesse, en 1871, développement d'un kyste ovarique, ponctionné une première fois en juin 1872, et une seconde fois en juillet 1873. A la suite de cette dernière ponction, le kyste atteignit un volume qu'il n'avait pas encore eu. Au mois de novembre suivant, cette femme fut prise subitement d'un besoin d'uriner, ce qu'elle venait déjà de faire, et elle remplit deux grands vases de nuit d'un liquide brunâtre, un peu consistant, semblable à celui des ponctions. La diminution de l'abdomen fut telle qu'il y eut une syncope passagère. La nuit suivante, fièvre, douleurs abdominales et urines normales. Après évacuation de la vessie au moyen de la sonde, le bec de cet instrument, sans avoir été pressé en haut d'une façon sensible, pouvait être perçu à 13 centimètres au-dessus de la symphyse. Rien d'appréciable à l'examen du vagin ou du rectum.

OBSERVATION 4

HAMELIN. — *Bull. Soc. de l'Ecole de Médecine*, 1808.

Femme de 24 ans, accouche à terme d'un enfant mort. La malade meurt vingt-deux jours après de fièvre puerpérale.

Autopsie : vessie distendue, en partie mortifiée, contenant de la matière fétide et des cheveux. Communication avec une tumeur de l'ovaire droit contenant des poils, de la matière grasse et de la substance osseuse.

OBSERVATION 5

HARDING. — *Lancet*, 1861, II, 26 octobre, p. 401.

Communication avec la vessie. Guérison.

OBSERVATION 6

MARSHALL. — *Revue Médicale*, mai 1828.

M^{me} R..., 40 ans ; douleurs abdominales vives avec développement du ventre depuis quatre ou cinq ans. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, la malade présentait de fréquentes rétentions d'urine, et rendit, avec de vives douleurs, des graviers, des portions d'os dont une très rugueuse avait plus d'un pouce de longueur. Amaigrissement, affaiblissement. Mort. Autopsie : vessie énorme. A la partie supérieure du fond de cet organe, on voit une ouverture par laquelle sort du pus ; cette ouverture faisait communiquer la vessie avec une masse formée par les ovaires réunis, augmentés de volume et réduits à une masse grasseuse contenant une grande quantité de cheveux et cinq dents.

OBSERVATION 7

PHILIPPS. — *Med. and. chir. Transact.*, vol. II, p. 427, in LEBERT, *loc. cit.*

30 ans, difficultés intermittentes de la miction depuis la jeunesse. Depuis deux ans, tumeur dans la région hypogastrique atteignant presque le foie. Péritonite et mort. Autop-

sie : épanchement sanguinolent dans le péritoine ; tumeur de l'ovaire contenant de la matière crémeuse et des cheveux. La vessie distendue contient des cheveux et un os portant une dent incisive. Le kyste et la tumeur communiquaient par trois ouvertures.

OBSERVATION 8

PINCUS. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 2, p. 26, in LEFRANC, *loc. cit.*

Ouverture dans la vessie d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Après dilatation de l'urèthre, on trouve la communication entre la vessie et le kyste. Lavage et drainage de la cavité. Guérison au bout de huit jours. Récidive au bout de quelques mois. CZERNY entreprend l'extirpation de la tumeur ; le kyste est vidé, il renfermait une sorte de lie fétide. On détache les adhérences. Ligature du pédicule. Suture de l'orifice vésical au fil de soie. Toilette du péritoine. Trois drains sont laissés à la partie inférieure de la plaie. La malade quitte l'hôpital au bout de huit semaines : il reste trois fistules.

OBSERVATION 9

PHILIPPS. — *Med. and Chir. Transact.*, in thèse de ROY, Lyon, 1900.

Une femme âgée de 30 ans, ayant éprouvé dans sa jeunesse de la dysurie, éprouve des symptômes évidents d'inflammation de la vessie ; en l'examinant, on constate la présence d'une tumeur s'étendant de la face inférieure du foie vers l'ombilic ; symptômes de péritonite. Mort.

A l'autopsie, on trouve une tumeur enkystée, développée dans l'ovaire droit, contenant une matière crémeuse et une

touffe de cheveux. Ce kyste communique par trois ouvertures avec la vessie, dans laquelle on trouve une dent incisive et une portion d'os ressemblant à une portion d'alvéole.

OBSERVATION 10

LARREY, in thèse de ROY, Lyon, 1900.

Une femme de 33 ans a eu trois grossesses. Quelques jours après sa troisième couche, elle ressentit dans la région iliaque gauche une douleur vive et, bientôt après, une apparence de tumeur mobile, du volume d'un œuf. Ces premiers accidents disparaissent, la malade reprend ses occupations et, au bout de deux mois, la tumeur qui avait augmenté fait naître de nouvelles poussées inflammatoires.

Traitée par les sangsues, les topiques, la santé générale se rétablit, lorsque la tumeur fit naître un nouvel accès d'inflammation et s'ouvrit à travers la paroi abdominale, sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic. Du pus sanieux, jaunâtre, fétide, s'écoule, puis est remplacé par une mèche de cheveux et enfin par un liquide urineux.

LARREY pratique alors l'opération suivante : il agrandit la fistule de trois centimètres, ce qui lui permet de suivre la mèche de poils et d'arriver à une tumeur dure, pédiculée, mobile, qu'il détache. Ayant élargi l'ouverture du kyste où il était entré et prolongé son incision jusqu'au voisinage du pubis, M. LARREY découvrit une fistule vésico-abdominale, qu'il agrandit et mit à nu un gros calcul qu'il saisit et retira sans difficulté.

La tumeur ressemble à une portion de cuir chevelu rataatiné, et les poils qui la surmontent ont une longueur de 12 à 13 centimètres. Par la base ou calcul, qui était tourné du côté du kyste, sortent des poils en assez grand nombre, chargés de matières calcaires. Le pédicule pileux passait par l'ouverture de communication du kyste avec la vessie et venait s'implanter sur la tumeur fibreuse.

Les suites de l'opération furent heureuses et la malade guérit, malgré le développement d'une variole confluyente, vers le quinzième jour.

OBSERVATION 11

LEE. — *Med. Chir. Trans.*, in thèse de ROY, Lyon, 1900.

Ouverture spontanée dans la vessie.

F..., 28 ans, un enfant ; cinq ans avant, elle souffrait d'une tumeur abdominale sensible et douloureuse avec des faiblesses. L'urine contenait d'énormes quantités de pus. Des cheveux et des morceaux d'os furent trouvés dans l'urine. Lavage de la vessie. La malade devient enceinte et mourut d'éclampsie. L'autopsie montra un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, ouvert dans la vessie.

OBSERVATION 12

SENTIN, in WALLE. — *Ueber der Perforation der Blase durch dermoïd. — Kystum des Ovarium*, in thèse de ROY, Lyon, 1900.

Femme de 58 ans. Deux calculs, dont l'un contenait une dent. A l'autopsie : kyste dermoïde de l'ovaire gauche ouvert dans la vessie.

OBSERVATION 13

GREENHALGH. — *Lancet*, 26 novembre 1870, in thèse de ROY, Lyon, 1900.

Femme de 28 ans, deux enfants. Le deuxième accouchement était arrêté par une tumeur qui remplissait la cavité sacrée et s'opposait au passage de la tête. Cette tumeur fut ponctionnée et on en retira une matière caséuse.

Les symptômes vésicaux commencèrent et continuèrent jusqu'à la rentrée de la malade à l'hôpital. Alors, il sortait des cheveux et du pus par l'urèthre. Il y avait une masse solide dans la région supra-pubienne et à l'ombilic une fistule par laquelle s'échappait le pus, l'urine et l'eau injectée dans la vessie. Lavage de la vessie ; dilatation de l'orifice ombilical. Mort.

A l'autopsie, on trouve un kyste de l'ovaire droit contenant des cheveux, des os, et communiquant avec l'ombilic, la vessie, le rectum et la péritoine. Le péritonite avait été la cause de la mort.

OBSERVATION 14

RUGE, VERHAND. — *Der Ges. für Geb.*, in Berlin, 1846 (in thèse de ROY, Lyon, 1900).

Femme de 46 ans, deux enfants et deux fausses couches. Troubles urinaires, fièvre, perte des forces, deux ans avant qu'elle se mette sous les soins de RUGE. Plusieurs paquets sont enlevés de la vessie et on soupçonne un calcul.

L'opération entreprise pour enlever le calcul de l'urètre, montre que le calcul n'existe pas, mais permet de trouver un orifice qui conduit dans une cavité si profonde que le doigt ne peut l'explorer. La malade meurt vingt-quatre heures après.

A l'autopsie : kyste de l'ovaire gauche, du volume du poing, contenant du pus, des masses graisseuses, et communiquant avec la vessie par un canal sinueux. Le kyste communiquait aussi avec l'intestin grêle, mais l'opinion de RUGE est que cette ouverture a été faite pendant l'autopsie. Un kyste semblable existait dans l'ovaire droit.

OBSERVATION 15

LE DENTU (in thèse de ROY, Lyon 1900).

Femme de 25 ans. Abscès à la partie latérale droite de la vulve. Troubles urinaires. Expulsion de poils avec l'urine. Exploration après dilatation de l'urètre. Le doigt rencontre à la partie latérale gauche de la vessie l'orifice d'un trajet inaccessible. A la suite, issue de poils.

OBSERVATION 16

HERMANN. — *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1885 (in thèse de ROY, Lyon, 1900).

Femme de 34 ans, entrée à London-Hôpital le 22 novembre 1883. Régée à 14 ans. Mariée à 23 ans. Onze enfants et trois fausses couches. Le dernier enfant est né à sept mois.

La maladie actuelle a commencé il y a trois semaines ; elle remarqua qu'alors son urine était comme du lait et devenait comme de la cire en se refroidissant. Douleurs, brûlure dans la miction. A l'examen, on sent une tumeur au milieu de l'abdomen, s'élevant au-dessus du bassin, plus près de l'ombilic que du pubis. Sensibilité dans la région hypogastrique. Par le vagin, on sent la tumeur en avant de l'utérus, séparée du col par un sillon. L'utérus n'est pas absolument fixé. Les mouvements du col ne se communiquent pas à la tumeur. L'urine contenait du pus et des matières grasses.

Lavage quotidien de la vessie à l'eau phéniquée.

6 décembre : dilatation de l'urètre, exploration digitale de la vessie. Dans la paroi postérieure de la vessie, on sent une dépression dans laquelle la sonde pénètre d'un pouce. Dilatation avec les bougies d'Hégar ; le numéro 8 est laissé en place jusqu'au lendemain.

7 décembre : chloroforme. Cystostomie vaginale. L'ouver-

ture du kyste est élargie au bistouri. Lavage du kyste. La paroi interne est rugueuse, et semée de petits noyaux qui donnent la sensation d'os.

Drainage le 12 février. La cavité du kyste n'était guère plus grosse qu'une châtaigne.

20 janvier 1885 : la malade écrit que la fistule vésico-vaginale est fermée et que sa santé générale est bonne.

OBSERVATION 17

HUMPHREY. — *The Lancet*, 1864 (in thèse de ROY, Lyon, 1900. — Kyste dermoïde ouvert dans la vessie. Dilatation de l'urètre. Extraction de calcul. Guérison.

Femme de 38 ans. Douleurs dans le côté gauche du ventre depuis sept ans. Signes de calculs depuis son dernier accouchement. Extraction de fragments d'os, de dents et de cheveux ; deux ans plus tard, après dilatation de l'urètre, le doigt introduit dans la vessie, pénètre dans un sac communiquant avec la vessie, vers le côté gauche. Extraction d'une pierre contenant des poils.

L'orifice de communication du kyste avec la vessie était suffisant pour admettre le doigt.

Guérison.

OBSERVATION 18

BLACKMANN. — *Am. journ. of Med. Sc.*, janvier 1889 (in thèse de ROY, Lyon, 1900). — Ouverture du kyste dermoïde suppuré dans la vessie. Formation de calcul phosphatique développé autour d'une dent.

Femme 36 ans, mariée à 12 ans. Stérile. A 21 ans, douleurs, et treize mois d'aménorrhée. Expulsion de cheveux par la vessie. Pendant plusieurs mois, elle souffre d'irritabilité

vésicale et perd de l'urine par le rectum. A 26 ans, extraction d'un calcul phosphatique développé autour d'une dent. Un an après, un autre semblable. A 30 ans, un autre. A 33 ans, on trouve un autre calcul fixé dans une ouverture à peine suffisante pour admettre la pointe de l'index à la partie inférieure gauche de la vessie. A partir de ce moment, l'urine ne passe plus par le rectum. Quelques mois plus tard, expulsion de cheveux incrustés de matières calcaires.

Quelques symptômes de calcul. Suite inconnue.

OBSERVATION 19

Citée dans LEJARS, *Semaine Médicale*, 21 septembre 1904.
(Examen cystoscopique.)

Malade opérée par M. OLSHAUSEN. La tumeur, immobile, s'étendait jusqu'à l'ombilic ; l'urine contenait des gouttelettes graisseuses : on fit la cystoscopie, et l'on découvrit une petite surface rougeâtre, large comme une pièce de 10 pfennigs, entourée de fines granulations ; au centre, par un petit orifice fistuleux, on faisait sourdre, en pressant sur la tumeur abdominale, les mêmes gouttelettes huileuses qu'on retrouvait dans l'urine. Suites inconnues.

OBSERVATION 20

LEJARS. — *Semaine Médicale*, 21 septembre 1904. — Kyste dermoïde suppuré, ouvert dans la vessie et en imminence d'ouverture à la peau. Laparatomie. Guérison.

Une femme de 28 ans entre dans nos salles, avec une grosse tumeur, rouge et fluctuante, de la région hypogastrique. Il y a dix-huit mois, elle s'aperçut que ses urines étaient troubles, avec un disque d'albumine. Depuis deux mois, elle a commencé à souffrir de la vessie, les urines sont

plus fortement albumineuses et laissent un dépôt purulent. On pratique une instillation de nitrate d'argent ; quelques heures après, la malade expulse, avec l'urine, plusieurs mèches de cheveux, puis une tuméfaction apparaît au-dessus du pubis, elle fait corps avec la peau et se continue dans la profondeur. La peau est rougeâtre surtout à gauche.

Kyste dermoïde suppuré, ouvert dans la vessie et en imminence d'ouverture à la peau, tel parut être le diagnostic qui s'imposait.

La laparatomie médiane a confirmé le diagnostic ; la paroi était intimement adhérente de tous côtés ; on vide et on déterge aux compresses la poche kystique ; on laisse deux gros drains et, sans faire aucune suture, on tamponne la cavité de l'abcès pariétal.

Au bout de deux mois, la cicatrisation était complète.

V. — OUVERTURES MULTIPLES

Les neuf cas d'ouvertures multiples se divisent de la façon suivante :

- 2 fois le kyste s'ouvrit à l'ombilic et à la vessie,
- 1 fois le kyste s'ouvrit dans l'intestin et la vessie,
- 1 fois le kyste s'ouvrit dans l'intestin et le vagin,
- 1 fois le kyste s'ouvrit dans le vagin et le rectum,
- 1 fois le kyste s'ouvrit à l'ombilic et au rectum,
- 2 fois on eut des fistules multiples aboutissant à la fois à l'ombilic, au rectum et à la vessie.
- 1 fois le kyste s'ouvre dans le vagin et au péri-née (BINET).

OBSERVATION 1

BARNES, *loc. cit.*, p. 282.

BARNES cité un cas où il y avait deux fistules, l'une au-dessous de l'ombilic, l'autre dans la vessie. « De temps en temps, l'urine sort par la fistule abdominale, et il s'écoule un liquide gélatineux de la vessie ».

OBSERVATION 2

BOURGEOIS (d'Etampes), in GROGNOT, *loc. cit.*

BOURGEOIS a vu un kyste suppuré s'ouvrir à la fois dans le vagin et dans le rectum. Il ouvrit la tumeur par le vagin. Guérison.

OBSERVATION 3

DUDLEY et COR. — *New-York Med. Journ.*, 1882.

Ouverture dans l'intestin et dans la vessie. Des matières fécales et des gaz sortaient par l'urètre. Une tentative d'opération échoua. L'autopsie permit de voir la double ouverture.

OBSERVATION 4

GREENHALG. — *Lancet*, 1871, II, 26 novembre.

A. C..., 38 ans ; tumeur gênant l'accouchement. Ponction rectale, donnant issue à de la matière caséeuse. Cystite, mictions très fréquentes, urines purulentes. Écoulement d'urine par l'ombilic. Pilimiction. Lavages de la vessie. Dilatation de la fistule ombilicale. Mort. Kyste de l'ovaire droit communiquant avec le rectum, l'ombilic et la vessie. En arrière, un orifice conduisait dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION 5

JEAFFRESON. — *Medical Gaz.*, 1844.

38 ans, kyste volumineux. Un jour, sans prodrômes, la tumeur se rompit spontanément dans le septum recto-vaginal et des quantités prodigieuses de liquide s'échappèrent par l'anus et par la vulve. La malade guérit. Par le toucher on pouvait sentir les orifices de communication du kyste avec l'intestin et le vagin.

OBSERVATION 6

LARREY. — *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, 1846.

Rose-Désirée Bonnet, femme Loiseuleur, 33 ans, des environs d'Evreux. A l'âge de 26 ans, en 1836, au moment d'une troisième grossesse, le ventre prit un développement anormal. Accouchement à terme régulier. Trois jours après, douleurs dans le flanc et la fosse iliaque gauches. On sentait dans cette région une grosseur du volume d'une pomme. Pendant deux mois, la tumeur grossit et les douleurs augmentèrent. Une nuit, la malade évacua des urines blanches, contenant une matière grasse. Les douleurs diminuèrent. Quatre jours après, les urines ne contenaient plus de matière grasse, mais elles étaient encore troubles. En janvier 1841, les douleurs reparurent, continuelles et très vives. La tumeur était devenue volumineuse, molle. Le 12 janvier, elle s'ouvrit spontanément sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic. Il sortit du pus jaunâtre, à odeur infecte, puis un détritüs de substance calcaire. D'autres ouvertures plus petites se formèrent autour de la première. Quatre mois après, il s'écoula de l'urine par la fistule ; bientôt la malade n'urina plus par l'urètre. A plusieurs reprises, des poils sortirent par la fistule, puis la malade rendit par l'urètre du pus, des

poils et des graviers. Elle entra à l'hôpital le 13 décembre 1841. Fistule sur la ligne blanche à 5 centimètres et demi de l'ombilic et à 6 centimètres du pubis. Orifice unique du diamètre du petit doigt. Une mèche de cheveux de la grosseur d'une plume à écrire fait saillie au-dessus de l'ouverture ; ces poils ne peuvent être enlevés par traction. Le stylet s'enfonce de 10 centimètres en bas et en arrière. Il ne se meut pas librement dans la cavité à cause des cheveux dans lesquels il est embarrassé. Cathétérisme de la vessie. La sonde est arrêtée au col par un corps étranger, du volume d'une noix, mobile, de consistance dure. Opération le 22 décembre 1841. LARREY introduisit dans la fistule un bistouri boutonné et incisa la paroi abdominale dans l'étendue d'un demi-pouce directement vers le pubis. Le doigt pénétra alors dans une cavité remplie de poils. Un deuxième débridement, pratiqué dans le même sens que le premier, permit de voir que les poils étaient fixés à une tumeur adhérente au fond du kyste. Cette tumeur, du volume d'une noix, dure, bosselée, peut être détachée à l'aide du bistouri. On cherche alors sans succès la fistule vésicale. On ne la découvre qu'à l'aide du cathétérisme de la vessie. L'incision verticale est alors prolongée jusqu'à la vessie. Le bistouri boutonné introduit dans l'orifice de communication le débride dans l'étendue d'un pouce et demi. Des tenettes introduites par cette voie saisissent et extraient le calcul. Une exploration attentive montre qu'il n'y a plus de corps étranger dans la vessie ni dans le kyste. Les bords de la fistule sont avivés, une sonde à demeure placée dans la vessie par l'urètre. Une mèche placée dans le fond de la plaie retombe sur le pubis. Pansement. La tumeur enlevée avait le volume d'une noix ; à la coupe, elle avait un aspect blanchâtre, strié. Elle ressemble à une portion de cuir chevelu ratatiné. Elle pèse avec les poils environ 20 grammes. Le calcul pèse 30 grammes. Il a la forme d'un cœur de carte à jouer. De sa base partent des poils qui traversaient la fistule et se fixaient sur la tumeur. Il était composé de phosphate de chaux. Pendant les pre-

miers jours, l'urine continua à couler par la plaie, mais cet écoulement diminua bientôt. La guérison fut gravement compromise par une variole, mais la malade résista à cette complication. La sonde fut retirée à la fin d'avril ; la cicatrisation se termina au commencement de mai. La capacité de la vessie parut un peu diminuée, les mictions furent plus fréquentes.

OBSERVATION 7

TERRIER, *loc. cit.*

Marie-Joséphine Pernet, blanchisseuse, 31 ans, entre à Beaujon le 17 janvier 1876. Le ventre est volumineux depuis deux ans. Tumeur médiane, dure, fluctuante. Sonorité dans les flancs, matité à la partie médiane. Fièvre, anémie ; la malade mange et dort peu. La tumeur augmente, l'ombilic devient rouge. Le 30 janvier, la tumeur devient subitement moins tendue et moins douloureuse. Le lendemain commence une diarrhée colliquative de dix à quinze selles par jour. Le 3 février, la tumeur était beaucoup moins tendue et contenait des gaz. La diarrhée diminua. Le 6 février, elle avait cessé, mais des gaz fétides sortaient par l'anus. La tumeur s'affaissa de plus en plus. Le 10 février apparut, à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, une saillie réductible qui devint douloureuse et se rompit, laissant échapper un quart de verre de pus séreux, jaune, extrêmement fétide. Le 11, sortit un quart de verre de pus encore plus fétide, pas de matières fécales. Le stylet pénètre dans une petite cavité peu profonde. On ne trouve pas de trajet allant dans la cavité abdominale ou dans l'intestin. L'état général s'améliora. Des injections iodées furent faites : la sécrétion du pus diminua. L'abdomen avait son volume normal. A la palpation, on y sentait une certaine résistance. La pression n'était pas douloureuse. Dans le courant le mars, diarrhée intermittente. Au mois de juin, la malade était parfaitement rétablie.

OBSERVATION 8

Communication du kyste dermoïde avec l'ombilic, la vessie, le rectum, le péritoine. Mort par péritonite. (GREEN-HALGH, *Lancet*, le 26 novembre 1870). In thèse GORUSCHINE.

Femme de 28 ans, deux enfants. Le deuxième accouchement (deux ans avant la mort) était arrêté par une tumeur qui remplissait la cavité sacrée et s'opposait au passage de la tête. Cette tumeur fut ponctionnée et on retira une matière caséuse. Les symptômes vésicaux commencèrent et continuèrent jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. Alors il sortait du pus et des cheveux par l'urètre. Il y avait une masse solide dans la région supra-pubienne et, à l'ombilic, une fistule par laquelle s'échappait du pus, l'urine et l'eau injectée dans la vessie. Lavage de la vessie ; dilatation de l'orifice ombilical. Mort.

Autopsie : Kyste de l'ovaire droit, contenant des cheveux, des os et communiquant avec l'ombilic, la vessie, le rectum et le péritoine. La perforation avait été la cause de la mort.

CHAPITRE TROISIEME

SYMPTOMATOLOGIE

Nous pouvons distinguer les symptômes généraux et les symptômes locaux. Les symptômes généraux se réduisent à peu de chose.

a) SYMPTOMES GENERAUX

L'ouverture est précédée par une période de poussées fébriles et de douleurs qui s'expliquent par l'inflammation du kyste, par la formation des adhérences et l'ulcération des parois contiguës. Au moment où la perforation se constitue, la malade éprouve quelquefois une douleur très vive qui peut aller jusqu'à la syncope. Après l'ouverture, la fièvre persiste si l'infection persiste et le fait est surtout fréquent en cas d'ouverture dans un organe creux.

b) SYMPTOMES LOCAUX

Nous avons à étudier la rupture du kyste suivie de l'écoulement du contenu et les modifications qui surviennent dans la tumeur.

I. — Rupture du kyste.

Le symptôme principal consécutif à la rupture du kyste ovarique à l'extérieur est l'écoulement du contenu. Cet écoulement peut se faire si rapidement et en si grande abondance que, par suite de la déplétion brusque de l'abdomen, une syncope peut survenir. Le liquide évacué peut être séreux. Il peut être colloïde. Le plus souvent, il est purulent ou de nature dermoïde. Dans ce cas, il contient souvent des cheveux qui sont expulsés avec le liquide lui-même. On voit quelquefois des touffes de cheveux encore implantés dans la membrane dermoïde, sortir par l'orifice et résister pendant longtemps à tous les efforts de traction exercés par la malade. Beaucoup plus rarement, on voit sortir des os ou des dents.

La rupture présente certaines particularités variables suivant le point où elle se produit.

1° *Ouverture à la paroi.* — Quand la surface cutanée doit être l'aboutissant de la fistule, on voit survenir des modifications de la peau au point où l'ouverture va se faire. Elle se distend, devient rouge, forme une saillie qui est souvent réductible, puis elle s'amincit et se rompt. L'écoulement est alors à peu près continu. L'orifice est accessible à la vue, on peut y introduire un stylet, et se rendre compte ainsi de la direction du trajet, de la profondeur de la poche et de la nature du contenu. L'écoulement du contenu produit quelquefois une sensation de brûlure.

2° *Ouverture dans les voies digestives.* — Quand l'orifice fistuleux se trouve dans l'intestin, l'écoulement du liquide est intermittent.

Les matières kystiques sont évacuées en grande abondance au moment où la perforation s'établit, puis le contenu continuant à s'écouler lentement dans l'intestin, y est retenu par le sphincter et n'est évacué qu'au moment des selles. Les selles sont d'ailleurs augmentées en fréquence et en abondance, et la malade présente souvent une diarrhée considérable qui peut durer plusieurs jours. En même temps que la diarrhée, les malades peuvent présenter une émission de gaz fétides par l'anus. Les liquides et les gaz intestinaux pénètrent, en effet, dans la tumeur, prennent une odeur repoussante de putréfaction et sont éliminés ultérieurement par les voies digestives.

Le liquide kystique est plus ou moins intimement mélangé aux matières fécales, suivant que l'orifice siège plus ou moins haut. Par son passage dans l'intestin, il irrite la muqueuse; aussi, les malades présentent-elles souvent de l'entérite, du ténesme rectal, une sensation de corps étranger surtout quand des corps solides contenus dans la tumeur font hernie dans le rectum. Certaines malades présentent des vomissements d'un liquide analogue au liquide évacué par les selles, ou au liquide retiré par les ponctions; le fait ne prouve pas l'existence d'un trajet reliant le kyste à l'estomac. D'ailleurs, GILLETTE a vu une malade qui présentait des selles et des vomissements purulents. A l'autopsie, on trouva un kyste communiquant avec l'iléon et le cœcum. En cas de rupture d'un kyste dermoïde dans l'intestin, des par-

ties solides ou pâteuses du kyste peuvent passer dans le tube digestif, s'y accumuler et être cause d'accidents d'obstruction.

Il est quelquefois possible, quand la perforation se fait dans le rectum, de sentir l'orifice par le toucher rectal.

3° *Ouverture dans les voies génitales.* — Quand l'ouverture a lieu dans le vagin, l'écoulement est généralement continu. Il est possible de sentir l'orifice par le toucher vaginal. On peut le voir à l'aide d'un spéculum, on peut y introduire une sonde pour explorer le trajet et la poche. Des dents, des cheveux, des os, viennent faire saillie par l'orifice, et l'évacuation du contenu du kyste est quelquefois suivie d'une hémorragie par la plaie vaginale.

4° *Ouverture dans la vessie.* — L'ouverture des kystes dermoïdes de l'ovaire dans la vessie peut se manifester cliniquement par une symptomatologie extrêmement variable. Schématiquement, il y a lieu de distinguer deux grandes classes de malades : tout d'abord, celles chez qui on connaît l'existence antérieure d'une tumeur ovarienne ; à un moment donné, cette tumeur donne lieu à des complications qui éveillent l'idée d'une migration insolite.

Dans une seconde alternative, les malades se présentent à l'examen avec des symptômes exclusivement vésicaux se manifestant par de la cystite, le plus souvent d'allure calculieuse. Nous allons successivement décrire ces deux types, en présentant le tableau symptomatologique de chacune de ces deux formes.

Dans le premier cas, on a affaire à une femme chez qui on a pu porter, par suite du développement d'une tumeur abdominale, le diagnostic de kyste de l'ovaire. A un moment donné, quelquefois à la suite d'un accouchement ou d'un avortement, ou bien de quelque autre infection génitale à type ascendant, cette malade est prise de symptômes, qui permettent de supposer que son kyste, resté jusqu'alors à peu près silencieux, va se mettre à suppurer. La symptomatologie de cette période, prémonitoire de l'ouverture vésicale, est assez variable. Parfois, mais cela est rare, les symptômes évoluent d'une façon très aiguë. Tout d'un coup, soit en pleine santé, soit à la suite d'une des affections précitées, la femme est prise de douleurs très vives dans le bas-ventre, avec tous les signes d'une réaction péritonéale très intense. Le ventre est tendu, résistant, surtout à l'hypogastre. La palpation de la tumeur est douloureuse. Il y a des vomissements verdâtres, le facies s'altère et devient grippé; la constipation est plus ou moins absolue; enfin, la température s'élève et se fixe entre 39 et 40°. Tous ces symptômes réunis indiquent que le kyste est le siège d'une poussée inflammatoire, qui va bientôt aboutir à la suppuration et à la formation d'adhérences avec les organes voisins. Lorsque le kyste doit s'ouvrir dans la vessie, si l'on examine avec soin sa malade, on peut relever parfois des symptômes, qui indiqueront que l'inflammation tend à se propager à la vessie. Parmi ces symptômes, celui que l'on voit noter le plus souvent est incontestablement la douleur à la miction, avec pollakiurie. En définitive, la malade a les symptômes fonctionnels d'une cystite, sans en avoir les signes physiques. Il s'agit

uniquement d'une irritation par voisinage de la muqueuse vésicale, irritation qui se traduit par les phénomènes précités. Ce sont ces symptômes vésicaux qui, chez une femme ayant un kyste de l'ovaire, permettront de supposer que la complication dont ce kyste est le siège va intéresser la vessie, et feront penser à la possibilité d'une ouverture à l'intérieur de ce viscère, plutôt qu'à une torsion ou à une inflammation simple de ce kyste. Cette forme à début dramatique se rencontre dans un certain nombre d'observations; néanmoins, elle est rare et on ne la voit guère que lorsque la suppuration survient à la suite d'une infection aiguë. Le plus souvent, la marche des accidents est beaucoup plus insidieuse, et les symptômes de réaction péritonéale beaucoup moins accentués. Quoi qu'il en soit, la constatation antérieure d'une tumeur ovarienne, d'autre part, la notion de l'inflammation intéressant la vessie, aura attiré l'attention du côté de l'ouverture possible du kyste dans ce viscère, et les phénomènes qui vont suivre pourront être rapportés à leur véritable cause.

Dans ces cas à marche relativement rapide, l'ouverture vésicale va, en effet, se traduire par des symptômes à début brusque, qui constitueront une véritable vomique vésicale. Tout d'un coup, la malade sera prise d'une violente envie d'uriner en même temps qu'elle aura la sensation d'une rupture interne. La miction permettra de constater l'issue à l'extérieur d'une quantité plus ou moins considérable de pus, et on pourra, à ce moment, faire le diagnostic certain d'un kyste de l'ovaire suppuré, ouvert dans la vessie. Il est rare, en général, qu'au moment où cette ouverture se produit, il y ait évacua-

tion, avec le pus, d'éléments dermoïdes. En effet, ces derniers, qu'ils soient constitués par des matières sébacées, des cheveux ou des formations d'ordre plus élevé, telles que dents ou débris osseux, restent, tout d'abord, adhérents aux parois du kyste, et ne sont évacués que dans la suite. Les caractères des urines devront être examinés d'une façon très minutieuse dans les jours suivants. Cet examen permettra d'y reconnaître parfois l'existence d'éléments qui conduiront à un diagnostic plus précis. A ce moment, au milieu des urines à aspect louche, à odeur putride spéciale, on pourra trouver quelquefois des débris de matières sébacées, mélangées avec des cheveux isolés ou réunis en touffes plus ou moins épaisses. Cette disposition en touffes est très caractéristique des productions dermoïdes. En général, les poils sont très courts; cependant, parfois on a rencontré de véritables agglomérations, semblables aux pelotes que l'on a pu retirer de l'estomac de certaines femmes névropathes.

A la sensation de bien-être et au soulagement immédiat, avec chute de température, qui marquera tout d'abord cette période expulsive, va succéder une longue période, pendant laquelle la présence du kyste, ouvert dans la vessie, déterminera des phénomènes de cystite rebelle, avec le plus souvent formation de calculs phosphatiques, autour de débris dermoïdes déversés dans la vessie. D'une façon générale, cette cystite se prolonge pendant très longtemps, surtout si l'ouverture est étroite. Dans ces cas, le kyste se draine mal. Dans la cavité à peu près close, constituée par la coque du kyste, les phénomènes de suppuration prennent une acuité très

considérable et deviennent pour la malade le point de départ d'une infection générale très grave. Il se produit toute une série de poussées inflammatoires successives, s'accompagnant de phénomènes péritonéaux et se terminant par de nouvelles vomiques vésicales, accompagnées de l'expulsion de produits dermoïdes. Ces ouvertures successives entretiennent les phénomènes de cystite, qui, à leur tour, retentissent sur le kyste et empêchent la guérison de se produire. Cette guérison spontanée peut, au contraire, avoir lieu dans les cas de kystes largement ouverts. Le drainage alors se fait bien; peu à peu, les parois de la cavité s'épidermisant, le kyste peut se combler et les malades peuvent guérir spontanément. Mais cette guérison spontanée est bien problématique, et le plus souvent la cystite chronique persiste indéfiniment.

Dans un deuxième type clinique, les malades se présentent d'emblée à l'hôpital avec les phénomènes de cystite précités. Ce sont des sujets qui ont été examinés tardivement au point de vue local, et chez lesquels la présence d'une tumeur ovarienne a passé inaperçue. L'ouverture de cette tumeur dans la vessie s'est faite d'une façon insidieuse, ou tout au moins la malade s'étant mal observée à ce moment, il est impossible de déceler, par les commémoratifs, l'existence d'une semblable origine. La cystite, à laquelle on a affaire, présente, en elle-même, tous les caractères d'une cystite banale, le plus souvent calculeuse. Il s'agit de femmes d'un certain âge, qui viennent se plaignant d'uriner trouble, d'avoir des mictions fréquentes et douloureuses. La présence d'hématuries le plus souvent minimales, quelquefois très abondantes, peut être mise sur le compte de l'irritation

de la muqueuse vésicale ou de la lithiase. La constatation ultérieure de produits dermoïdes dans l'urine, l'examen cystoscopique indiquant la présence d'un orifice fistuleux peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

5° *Ouverture au périnée.* — La fistulisation d'un kyste à ce niveau est extrêmement rare. On a affaire à plusieurs orifices fistuleux siégeant du même côté que la tumeur. La constatation de cette tumeur facilite le diagnostic.

II. — Modifications dans l'état de la tumeur.

En même temps qu'on constate chez une malade un écoulement du liquide kystique, on remarque une diminution de volume de l'abdomen. Cette diminution ne s'opère pas toujours immédiatement. MURCHINSON cite un cas où le ventre ne commença à diminuer qu'après seize jours de diarrhée. La tumeur se rétracte vers son pédicule et tend à disparaître complètement. Quelquefois, la poche continue à être perceptible par la palpation abdominale, sous forme d'une tumeur de petit volume.

Il est encore une modification dans l'état de la tumeur, qu'on peut observer. Quand le kyste s'ouvre à la paroi abdominale, dans le vagin ou dans l'intestin, l'air ou les gaz intestinaux peuvent y pénétrer. Ils vont en occuper la partie supérieure et y donnent lieu à une zone de sonorité au point où l'on percevait antérieurement de la matité.

La fistule et l'écoulement peuvent persister plus ou moins longtemps. Quand leur durée se prolonge, on voit peu à peu apparaître d'autres symptômes, des signes d'hecticité.

CHAPITRE QUATRIEME

DIAGNOSTIC

Lorsqu'une femme que l'on sait être atteinte de kyste ovarique présente, soit par un point de la paroi abdominale, soit par un organe, un écoulement anormal de liquide, le diagnostic d'ouverture anormale s'impose.

Il n'en est pas de même quand la malade porte depuis longtemps une des communications que nous avons énumérées et qu'elle ne présente pas de tumeur perceptible à la palpation et qu'elle ne fournit pas de renseignements précis. Le diagnostic, dans ce cas, peut être très difficile. Si on voit sortir par la fistule des matières colloïdes ou bien de la graisse ou des cheveux, on pensera à un kyste ovarique, mais si le liquide est séreux ou purulent, les difficultés sont plus considérables, car dans ce cas, il faut éliminer les diverses suppurations pelviennes.

1° Fistulisation intestinale.

Lorsque l'ouverture se fait dans l'intestin, il est quelquefois possible de se renseigner approximativement sur le siège de la communication. Quand l'orifice siège haut,

loin de l'anus, le liquide kystique est intimement mélangé aux matières fécales. Si, au contraire, l'orifice siège dans la partie inférieure de l'intestin, l'écoulement du liquide kystique alterne fréquemment avec les selles.

2° Fistulisation cutanée et vaginale.

L'ouverture à la surface cutanée et dans le vagin ne donne pas lieu à des considérations importantes au point de vue du diagnostic, l'introduction d'une sonde peut donner quelques notions sur l'étendue de la fistule et la nature du contenu.

3° Fistulisation dans la vessie.

L'ouverture dans la vessie est une des plus difficiles à diagnostiquer vu le grand nombre de causes qui peuvent altérer l'urine et la rendre purulente.

Si l'on examine ces malades, présentant de la cystite, l'explorateur métallique décèle souvent la présence de calculs multiples. A ce moment, si le kyste est vidé de son contenu, la pilimiction est des plus rares. On admettrait donc le diagnostic de cystite calculeuse banale d'autant plus que l'ouverture d'un kyste dermoïde dans la vessie est une chose si rare que l'idée d'un semblable diagnostic ne vient guère à l'esprit. Cependant, si l'on fait subir aux malades un examen plus complet, on peut arriver à déceler la présence d'une tumeur juxta-vésicale.

On procédera à l'exploration méthodique de la cavité

vésicale. Il y a une trentaine d'années, le seul procédé en usage courant était le toucher intra-vésical. « Seul ce mode d'examen, dit ROY, pratiqué sous anesthésie après dilatation uréthrale, permet d'éliminer une affection vésicale, et de faire reconnaître l'orifice par lequel s'est ouvert le kyste dans la vessie, ainsi que de placer en dehors de cette cavité le point de départ du mal. Cet examen peut être pratiqué avec méthode, il doit être combiné tour à tour avec la palpation abdominale et le toucher vaginal. S'agit-il d'une tumeur volumineuse, la pression sur celle-ci à travers la paroi abdominale fait sourdre par la sonde introduite dans la vessie du pus et des produits dermoïdes. L'introduction du doigt dans la poche kystique peut parfaire le diagnostic. »

La dilatation digitale du col et le toucher intra-vésical se sont vu préférer la cystoscopie, moyen beaucoup plus sûr. Elle permet de situer l'orifice et d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur intra-vésicale.

Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'établir un diagnostic différentiel entre les kystes dermoïdes de l'ovaire ouverts dans la vessie, et les autres variétés de kystes dermoïdes du petit bassin susceptibles d'une semblable migration. Aucun élément certain ne permet de poser en pareil cas des conclusions fermes. Quand un kyste s'ouvre à l'extérieur, dans le vagin ou dans l'intestin, il arrive fréquemment que l'air ou les gaz intestinaux y pénètrent. On observe alors de la sonorité dans la région épigastrique. Cependant, ce symptôme n'est pas caractéristique. LABOULBÈNE rapporte, en effet, le cas suivant : Une femme présentant une tumeur du côté gauche de l'abdomen, fut prise de fièvre et de douleurs. La peau

s'amincit, la tumeur devint sonore, on y perçut de la succussion hippocratique. Les urines et les selles ne contenaient rien d'anormal. LABOULBÈNE conclut que la présence des gaz dans la tumeur était due non à une communication intestinale, mais à une fermentation. DEPAUL, par contre, admit la présence d'une fistule disposée de telle sorte que les gaz pouvaient passer de l'intestin dans le kyste, mais que le liquide ne pouvait s'écouler du kyste dans l'intestin...

Les fistules cutanées, abdominales et surtout ombilicales, sont les plus intéressantes au point de vue diagnostique différentiel et méritent une attention spéciale.

4° Fistulisation ombilicale.

L'ouverture des kystes dermoïdes de l'ovaire à l'ombilic n'offre rien de particulier de prime abord. La peau est rouge, tendue, luisante, la paroi abdominale sillonnée d'un fin lacis veineux, le ventre est plus ou moins ballonné, localement, suivant la contenance en pus de l'abcès. Somme toute, on a le tableau d'une suppuration ombilicale banale.

Le kyste suppuré s'ouvrant à l'ombilic est une rareté, partant, son diagnostic difficile à faire. Le plus souvent, en s'aidant de tous les moyens cliniques possibles, de l'interrogatoire, on arrivera à faire un diagnostic probable, un diagnostic de suppuration venant des parties profondes du contenu abdominal, mais c'est tout.

Les suppurations banales de l'ombilic, les suppurations cutanées, les furoncles, les abcès de la région seront

éliminés du fait de leur superficialité, de leur mobilité sur les plans profonds, du fait du manque de toutes lésions des organes abdominaux. Les kystes dermoïdes de la cicatrice ombilicale seront éliminés pour les mêmes raisons. Les tumeurs de la région ombilicale pourraient en imposer plus longtemps, pour une affection profonde, du fait de leur dureté, de leur adhérence, mais la palpation profonde montrera encore, dans ces cas, qu'elles sont nées sur place.

Parmi les causes de suppuration profonde de l'ombilic, il en est que l'on a plus présentes à l'esprit, du fait de leur plus grande fréquence.

1° L'ascite symptomatique d'une maladie de la glande hépatique peut s'ouvrir à l'ombilic. Dans ces cas, pas de pus, un long passé nous renseigne et fait le diagnostic.

2° La péritonite tuberculeuse ulcéro-caséuse se termine parfois par l'ouverture ombilicale et l'issue de pus grumeleux caractéristique par l'orifice. Outre ce pus caractéristique, l'histoire de la maladie, les troubles gastro-intestinaux, l'examen de l'état général, la matité en damier, caractéristique de l'affection, permettront d'affirmer la tuberculose péritonéale. FERNET et BOULAND ont attiré l'attention sur les lésions évoluant en même temps du côté de la cavité pleurale. L'examen des plèvres et des poumons fournira donc encore un élément de diagnostic.

3° La péritonite suppurée à pneumocoques est parmi les affections péritonéales celle qui se termine le plus fréquemment par une suppuration ombilicale. Son diagnostic est ordinairement aisé dans les cas typiques et

est fait par l'interrogatoire, qui révèle une pneumonie antérieure, une grippe, un état pulmonaire quelconque. L'examen du pus montre le pneumocoque. Cette péritonite s'ouvre ordinairement au vingtième jour, le pus qui s'écoule est verdâtre. Enfin, les sujets sont, la plupart du temps, des enfants. Certains maux de Pott donnent des abcès ossifluents bombant dans l'abdomen. Ces derniers peuvent s'ouvrir à l'ombilic. L'examen du rachis, la marche de la maladie, de l'abcès fixeront les idées.

4° L'omphalocèle urinaire se diagnostique facilement puisque congénitale.

5° Une fistule de l'intestin, consécutive à une hernie ombilicale étranglée, ne nous en imposera pas, du fait des caractères de la fistule pyostercorale et de l'histoire de l'affection.

6° Les abcès péri-appendiculaires peuvent se fistuliser à l'ombilic. Il faudra alors s'attacher à la douleur initiale brusque, dans la fosse iliaque droite, à la marche de la maladie. L'odeur du pus, sa qualité, ne sont d'aucun secours, puisque, dans les deux cas, il sent, est verdâtre, abondant.

7° Les fistules ombilicales résultant de l'évolution d'un ulcère de l'estomac ont les mêmes caractères extérieurs, mais l'état antérieur des malades, leur long passé gastrique, la situation haute dans l'abdomen de l'abcès enkysté éliminera le kyste de l'ovaire.

8° De même, sont éliminés les abcès ouverts à l'ombilic, reconnaissant comme origine une infection de la vésicule ou des voies biliaires. Les crises de coliques

hépatiques anciennes, les troubles digestifs, les douleurs gastriques et abdominales, les douleurs dans l'épaule droite sont des antécédents qui orientent vers les voies biliaires, enfin sont rarement uniquement purulentes ou muco-purulentes. La présence de bile, de calculs, seront tout à fait pathognomoniques.

9° Les fibrômes utérins en dégénérescente septique, adhérents à la paroi, ont pu quelquefois s'ouvrir à l'ombilic. Dans ces cas, la malade a un passé qui oriente vers le diagnostic de fibrôme utérin. De même dans les cas de généralisation, à la paroi de cancer péritonéal, l'aspect caractéristique du champignon marronné, suintant, végétant, imposera le diagnostic de cancer.

10° Parfois, il faudra faire le diagnostic différentiel avec le cancer du gros intestin adhérent et ulcéré à la paroi, et avec l'inflammation du diverticule de Meckel s'étant manifestée partiellement par une fistule ombilicale. Dans ce dernier cas, on se rappellera le tableau clinique des diverticulites dans les quelles, suivant BIENVENUE, on a eu les symptômes suivants :

- a) des phénomènes d'occlusion constants ;
- b) des phénomènes douloureux dans la zone intermédiaire au cœcum et à l'ombilic, ou même nettement ombilicale ;
- c) absence de ballonnement, et météorisme très peu marqué ;
- d) mollesse et souplesse du ventre ;
- e) l'existence antérieure ou présente d'une fistule

congénitale de l'ombilic ou d'une tumeur congénitale du nombril.

La littérature médicale nous montre combien est parfois difficile le diagnostic tout simple de kyste ovarique.

Très souvent, le diagnostic ferme est porté et lors de l'acte opératoire, on trouve des salpingites tuberculeuses ou non, des péritonites enkystées. Ces affections peuvent fort bien évoluer vers l'ombilic, s'y fistuliser et, dans ces cas, le diagnostic est on ne peut plus difficile. Tous les symptômes que peuvent donner l'examen clinique, la palpation, le toucher vaginal, fournissent autant d'indications en faveur d'une affection que de l'autre.

En somme, le diagnostic des suppurations ombilicales est souvent difficile, mais possible dans les cas de kystes dermoïdes suppurés et ouverts en cet endroit, le diagnostic du début pourra rester hésitant avec celui d'abcès appendiculaire, de salpingite, de péritonite tuberculeuse ouverte en cet endroit. Mais l'élimination de produits dermoïdes tranchera le diagnostic. L'injection très prudente de lipiodol dans le trajet fistuleux suivi de l'examen radiographique, pourraient donner des indications.

5° Fistulisation au périnée.

Le diagnostic de fistulisation d'un kyste ovarique au périnée est assez facile si l'on sait reconnaître la tumeur. De tous les moyens employés, c'est le toucher bi-manuel

qui donne les résultats les plus précieux. Il permet d'apprécier le volume, la mobilité, la forme de la tumeur, et surtout, fait capital au point de vue du diagnostic, sa situation par rapport à l'utérus. En règle générale, une tumeur volumineuse un peu latérale, repoussant l'utérus du côté opposé, et indépendante de cet utérus, est un kyste de l'ovaire. Il faut donc s'appliquer à rechercher avec la main sus-pubienne le fond utérin, à délimiter celui-ci, à le mobiliser, à se rendre compte en un mot de ses rapports avec la tumeur. Souvent, on sent l'utérus abaissé, dévié à droite par exemple dans le cas d'un kyste siégeant à gauche, mais mobilisable en avant du kyste, pendant que celui-ci, immobile ou au contraire mobilisable de son côté, remplit le cul-de-sac postéro-latéral gauche. Cette indépendance de la tumeur et de l'utérus est un signe capital qui permet de poser le diagnostic. Mais il n'est pas toujours possible de s'en rendre compte, puisque dans bien des cas, quand le kyste est irrégulier, bosselé, enclavé dans le bassin, l'utérus peut disparaître et faire corps avec lui.

La tumeur étant reconnue, on note la position de l'utérus. Celui-ci est en général en rétroversion. Ayant basculé en arrière, le kyste a pris contact avec les culs-de-sac qui sont comblés. La présence d'orifices laissant sourdre du pus ou des produits dermoïdes achèvera le diagnostic.

En présence de fistules périnéales, il faudra penser à l'éventualité d'un kyste sacro-précoccygien extrêmement rare.

CHAPITRE CINQUIEME

PRONOSTIC

La gravité du pronostic varie avec le point de fistulisation. Si le kyste s'est fistulisé à la paroi, le pronostic est moins défavorable. Bien que les risques d'infection soient incontestables, ils peuvent être réduits au minimum par des soins antiseptiques rigoureux.

Si le kyste s'est fistulisé dans le vagin ou au périnée, les risques de contamination sont plus grands en raison du voisinage des orifices de l'urètre et de l'anus.

Enfin la fistulisation dans un organe creux réalise les conditions les plus défavorables.

Les conséquences fâcheuses de la fistulisation doivent être envisagées :

- 1° pour l'organe dans lequel elle peut avoir lieu ;
- 2° pour le kyste lui-même.

1° *Conséquences pour l'organe.* — a) Fistulisation dans la vessie. La vessie ne tarde pas à s'infecter. La formation de calculs est facilitée par le passage de concrétions dermoïdes du kyste dans la vessie. L'infection peut gagner les uretères et le bassin et la pyélonéphrite se déclare.

b) Fistulisation dans l'intestin. Des masses dermoïdes peuvent se déverser en abondance dans le tube digestif et provoquer des accidents d'obstruction. Si le kyste est infecté, ce qui dans ces conditions est à peu près constant, les produits septiques passent dans l'intestin et provoquent une entéro-colite rebelle. On comprend que la malade soit tourmentée par les alternatives de crises diarrhéiques et de constipation rebelle.

2° *Conséquences pour le kyste.* — a) Fistulisation à l'extérieur. Si l'orifice fistuleux est en déclivité assez large, et si le kyste ne renferme que des produits liquides, l'évacuation de la poche peut se trouver assurée en permanence. Les parois kystiques s'affaissent, se rétractent et cette marsupialisation spontanée peut amener la guérison. L'éventualité est plutôt rare. Trop souvent, le kyste s'infecte, la fistule s'obstrue, les produits infectés retenus sont résorbés et les accidents d'infection générale se déclarent. La suppuration peut amener la mort de la malade, soit par cachexie progressive, soit par les thromboses qui, d'après OLSHAUSEN, se forment fréquemment au niveau du foyer purulent et entraînent des embolies septiques.

b) Fistulisation dans un organe creux, vessie ou intestin. Dans ces conditions, l'infection du kyste est fatale et les accidents infectieux que nous venons d'indiquer se réalisent et progressent avec rapidité dans la majeure partie des cas.

Quel que soit le point de fistulisation et même si la malade résiste à ces complications, le pronostic reste grave. La rétraction de la poche, quand elle se produit,

s'accompagne souvent d'un déplacement des viscères adhérents qui trouble leur fonctionnement.

On peut craindre la récurrence, puisqu'on n'est jamais sûr qu'il n'est pas resté dans la paroi de petits kystes, qui, ayant échappé à la rétraction, peuvent prendre à leur tour un volume considérable. S'il s'agissait de kystes papillaires, nous aurions des parois couvertes de végétations néoplasiques et ne pouvant adhérer les unes aux autres, d'où il reste toujours une cavité suppurante, et là fistule persiste indéfiniment. DAVIES nous rapporte le cas d'une malade chez laquelle le kyste s'étant ouvert à l'ombilic, l'écoulement du liquide dura sept ans. Dans un cas de VIRCHOW, une malade dont le kyste s'était ouvert dans le rectum, mourut dans l'hecticité. JARJAVAY et VALLERAND DE LA FOSSE citent des cas de mort par épuisement par ouverture de kystes à la paroi abdominale. LÉOPOLD a vu une femme mourir de tuberculose après une longue suppuration d'un kyste ouvert dans le rectum.

De plus, l'orifice peut permettre l'entrée dans la tumeur de corps étrangers, de matières irritantes et septiques, d'organismes inférieurs venus de la vessie, de l'intestin, du vagin.

Les adhérences qu'un kyste contracte, soit avec les parois abdominales, soit avec les organes renfermés dans le ventre, le foie, le diaphragme, les intestins, la vessie, le rectum, etc., souvent dans des points très distants de son point d'origine, le retiennent et le fixent à ces parties; et quand on vide le kyste, soit par une incision, soit autrement, il ne peut se rétracter ni revenir sur lui-même, ni se réduire à ses limites normales; il

reste comme une poche adhérente par sa face externe à des points souvent opposés et très éloignés les uns des autres, et alors cette poche, malgré l'écoulement continu du liquide, malgré la compression des bandages, malgré la pression naturelle des organes intérieurs, ne peut rapprocher ses parois et les mettre en contact; il reste forcément une cavité pathologique que rien ne peut oblitérer; de là résulte cette prolongation indéfinie de la suppuration avec toutes ses conséquences fâcheuses.

D'un autre côté, en supposant que le kyste n'adhère qu'à des parties douées d'une certaine mobilité comme aux intestins, à l'épiploon, etc., il pourra peut-être revenir sur lui-même et se rétracter, en entraînant vers lui les organes auxquels il adhère; mais dans ces cas, qui seraient les plus heureux, on doit encore craindre, en supposant que ces adhérences n'empêchent pas le retrait du kyste, qu'elles donnent lieu à des inconvénients d'un autre genre. Pour fonctionner régulièrement, toutes les parties contenues dans l'abdomen ont une position normale qui, si elle vient à changer par une cause ou par une autre, doit nécessairement entraîner une gêne plus ou moins considérable dans les fonctions des organes tiraillés, entraînés vers le kyste. Si les intestins, le mésentère, la vessie, le foie ou tout autre organe enfin sont attirés vers le kyste rétracté et revenu sur lui-même, il doit en résulter pour chacun de ces organes un déplacement anormal qui peut amener des conséquences fâcheuses, et notamment des accidents d'occlusion par bride ou par coudure d'une anse attirée.

Examinons maintenant isolément le pronostic des différents genres d'ouverture.

1° *Paroi abdominale*. — L'ouverture à la paroi abdominale est certainement une des plus favorables. A la vérité, l'orifice, généralement ombilical ou péri-ombilical, n'est pas déclive; le liquide stagne, l'écoulement se fait mal; mais, du moins, il se fait directement à l'extérieur; le liquide n'irrite aucun organe, tout au plus peut-il déterminer un peu d'érythème de la peau. De plus, ce mode d'ouverture permet d'explorer la cavité de la tumeur, d'en extraire le contenu liquide ou solide, d'y faire des injections antiseptiques.

2° *Vagin*. — L'écoulement par le vagin est généralement favorable. L'orifice est bien déclive et l'écoulement facile, mais il n'est pas souvent bien supporté par le vagin qui s'enflamme et s'infecte, et l'infection gagne le kyste. Enfin, la continuité de l'écoulement gêne les malades et constitue un inconvénient sérieux.

3° *Intestin*. — L'ouverture dans l'intestin présente le bien faible avantage de rendre l'écoulement intermittent, le liquide étant retenu par le sphincter interne, et n'étant évacué qu'au moment des selles.

Mais, comme nous l'avons vu, le passage du liquide kystique sur la muqueuse intestinale et rectale détermine de l'entérite et de la rectite accompagnée d'un ténisme très douloureux. On a fait remarquer en faveur de l'ouverture rectale qu'elle ne permet pas, comme les ouvertures cutanée ou vaginale, l'entrée de l'air dans le kyste, mais, par contre, elle expose à la pénétration dans la cavité des matières fécales et des gaz intestinaux autrement dangereux; si la fistule aboutit au rectum, il

est possible, dans certains cas, de pratiquer des injections désinfectantes, mais la chose est impossible si la communication a lieu avec un autre point de l'intestin.

En somme, dans le tube digestif, plus la fistule est dans une partie haute, plus elle est dangereuse.

4° *Vessie*. — L'évacuation par la vessie, si le liquide est irritant, gélatineux ou purulent, détermine de la cystite, quelquefois de la pyélite. Si le kyste est dermoïde, les corps solides qu'il contient, pénétrant dans la cavité vésicale, y produisent de la rétention d'urine, ils peuvent même devenir l'origine de calculs, et le plus souvent il est impossible de pratiquer des injections intra-kystiques.

5° *Périnée*. — La fistulisation à ce point laisse un pronostic assez bon ; les orifices étant déclives.

CHAPITRE SIXIEME

TRAITEMENT

Le seul traitement rationnel, en principe, est l'ablation de la tumeur. Elle seule met la malade à l'abri des dangers et des complications signalées : infection de l'organe communiquant avec le kyste, suppuration de longue durée, infections ascendantes. Cependant, les difficultés que l'ovariotomie peut présenter peuvent faire rejeter l'opération radicale, et déterminer le chirurgien à se contenter au moins au début d'un traitement palliatif.

I. — TRAITEMENT PALLIATIF

La première indication est de faciliter l'écoulement du contenu du kyste dans un but de désinfection et de drainage. On peut, à cet effet, utiliser l'orifice fistuleux ou pratiquer une contre-ouverture.

1° Utilisation du trajet fistuleux.

Un drain, introduit dans l'orifice et remontant le long du trajet fistuleux, maintiendra l'ouverture. Une curette introduite dans la tumeur pourra ramener les matières compactes et les corps solides. Des injections antisepti-

ques laveront la cavité, dilueront le contenu et prévien-
dront la putréfaction du liquide encore renfermé. Si
l'orifice est trop étroit, on peut l'élargir, mais avec pru-
dence.

La poche, se vidant convenablement, se rétracte, ses
parois viennent se mettre au contact les unes des autres.
On peut alors favoriser la formation d'adhérences entre
elles en irritant leur face interne par des injections
iodées, des cautérisations à l'aide d'une solution de ni-
trate d'argent.

Ce mode de traitement pourra être facile quand le
kyste sera ouvert à la paroi abdominale; il sera plus dif-
ficile s'il est ouvert dans le vagin, davantage encore
dans le rectum.

Dans ce cas, l'intervention est à peu près impossible,
puisque le tube à drainage serait une cause de ténésme,
les injections antiseptiques seront d'autre part difficiles
à appliquer. Les drains introduits dans la tumeur se cou-
dent, et les matières fécales pénétrant augmentent les
chances d'infection.

Il en est de même dans le cas d'ouverture dans la ves-
sie. La dilatation de l'urètre ou l'incision de sa paroi
supérieure en vue de faciliter l'expulsion du contenu kys-
tique, exposent la malade à une incontinence d'urine ulté-
rieure.

Les tailles vaginale et hypogastrique ne donnent que
des résultats peu encourageants. La seconde serait de
beaucoup préférable, puisqu'elle permettrait de recon-
naître l'orifice, mais la dilatation de ce dernier favorise
la pénétration de l'urine dans le kyste, conséquence fâ-
cheuse pour la malade.

Nous avons cité une observation de LARREY présentant un cas d'ouverture double à la paroi abdominale et dans la vessie. L'auteur élargit la fistule cutanée, traversa le kyste et débrida la fistule vésicale. Il plaça une sonde à demeure dans la vessie et draina la cavité du kyste par l'orifice cutané. Il obtint la guérison.

2° Création d'une contre-ouverture.

Quand l'écoulement des liquides intra-kystiques ne s'effectue pas assez facilement, on procède à l'établissement d'une deuxième voie d'évacuation. Cette ouverture chirurgicale ne pourra être établie que dans le vagin ou à la paroi abdominale, puisque la perforation rectale est trop dangereuse. L'ouverture vaginale étant déclive, nécessite rarement l'établissement d'un second orifice. Quand un kyste s'est ouvert à la paroi abdominale et que l'ouverture est insuffisante, on peut établir une contre-ouverture vaginale au point déclive et mettre un drain à demeure sortant par le vagin. L'ouverture vaginale peut s'appliquer aux kystes ovariens lorsqu'on est sûr de trouver la tumeur immédiatement au-dessus du cul-de-sac postérieur.

Ce mode de traitement palliatif est souvent impraticable. Il ne fait que faciliter l'écoulement du liquide et réalise une antisepsie plus ou moins parfaite de la poche; mais il existe d'autres dangers, tels que les adhérences du kyste, son volume énorme, la multiplicité de ses poches, la récurrence possible. Chaque fois qu'il est possible, notamment en l'absence d'infection propagée et de réaction péritonéale, il faut recourir d'emblée à l'ovariotomie.

II. — TRAITEMENT CURATIF. — OVARIOTOMIE

Les kystes ouverts en dehors du péritoine ayant généralement été le siège d'une inflammation et d'une supuration présentent le plus souvent des adhérences étendues. La conduite à tenir pour chaque adhérence est exposée dans les ouvrages traitant du manuel opératoire de l'Ovariectomie. Nous ne parlerons ici que de l'adhérence au niveau de laquelle existe la perforation.

Si elle siège à la paroi abdominale, on se conduira comme d'habitude, c'est-à-dire qu'on décollera le kyste du péritoine en commençant par un point où les adhérences n'existent pas. On remontera, s'il le faut, jusqu'à la région épigastrique. Arrivé auprès de la perforation, on la circonscrira par une incision circulaire ou elliptique comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale; on continuera alors à détacher les adhérences et on libérera ainsi en même temps que le kyste la fistule entourée d'une collerette de paroi. Ce procédé est applicable quel que soit le point de la paroi où siège l'orifice. S'il siège sur la ligne médiane, à l'ombilic par exemple, comme c'est le cas le plus fréquent, on aura soin, en traçant l'incision abdominale, de le contourner d'un côté: puis, les adhérences détruites, on fera du côté opposé une incision symétrique à la première. On aura ainsi une légère perte de substance qui ne gênera en rien la réunion. Si la fistule siège en dehors de la ligne médiane, on créera en l'excisant une ouverture distincte de la plaie habituelle de la laparatomie, ouverture qu'il sera facile de fermer en bourse, puis on disséquera le trajet

fistuleux. Le reste de l'opération ne présentera rien de spécial.

Dans le cas d'adhérence et de communication avec un organe profond, il sera bon de vider le kyste et d'en laver l'intérieur autant que possible. Cette pratique paraît avoir les deux avantages suivants : la paroi étant relâchée et flasque, il sera plus facile de se rendre compte de l'étendue des adhérences. De plus, au moment où on séparera le kyste de l'organe auquel il adhère, on évitera la pénétration dans le péritoine en grande quantité d'un liquide presque toujours septique.

Quelle est alors la ligne de conduite à suivre ? Il est impossible de donner une règle générale. Si les adhérences sont très peu étendues autour de l'orifice de communication, ou si elles sont faciles à détruire, si cet orifice est de petite dimension et facilement accessible, on reséquera la tumeur aussi près que possible de la fistule que l'on refermera ensuite par une suture de la séreuse de l'organe.

Si le kyste s'est ouvert dans la vessie, on pourrait encore imiter la conduite de REVERDIN qui, dans un cas de collection purulente communiquant avec la vessie, fit suivre l'extirpation de la suture de l'orifice vésical à la paroi de l'abdomen.

Si le kyste s'est ouvert dans le colon, on pourra, suivant le même principe, faire suivre l'extirpation de l'abouchement de l'orifice intestinal à la paroi abdominale. Dans un deuxième temps opératoire, on pratiquera la cure, soit de la cystostomie, soit de l'anus artificiel.

Si l'orifice est trop large ou les adhérences trop étendues pour qu'on puisse faire une suture de l'organe,

peut-être pourrait-on, dans certains cas, se servir, pour obturer la communication, d'une portion de la paroi même du kyste? Au lieu de réséquer la tumeur au ras des adhérences, on pourrait conserver tout autour d'elles une collerette de paroi dans ce but.

L'ablation totale de la tumeur sera, en général, plus facile dans le cas de communication avec l'intestin grêle, à condition qu'il ne s'agisse pas d'adhérences multiples. La résection d'une portion de grêle pourra être envisagée.

Dans les cas d'ouverture dans le rectum, la face postérieure de la vessie, le vagin, les difficultés seront plus grandes à cause de la situation profonde des organes. Le chirurgien cependant ne sera pas désarmé: mais il sera obligé de se contenter de l'ovariotomie incomplète. Après avoir pratiqué l'ablation d'une partie aussi grande que possible de la tumeur, il en suturera le reste à la paroi abdominale; l'étendue des adhérences l'empêchera-t-elle de réséquer aucune partie du kyste, il peut encore le suturer à la paroi et l'ouvrir largement par marsu-pialisation.

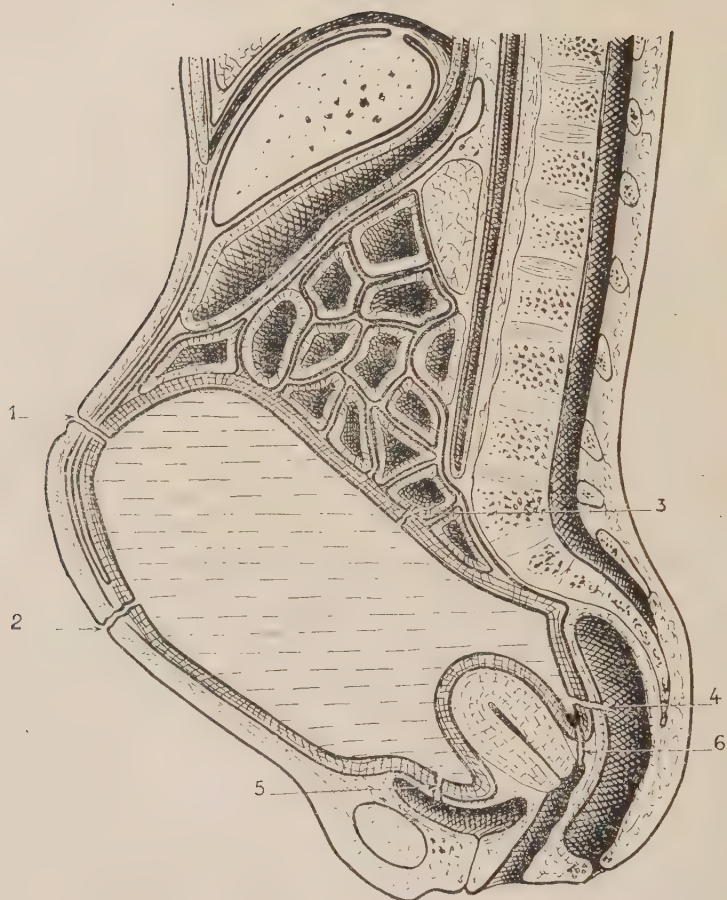
CAMERON a obtenu une guérison par ce moyen dans un cas de kyste ouvert dans l'intestin.

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit plus haut du pronostic de l'ovariotomie incomplète. Sans doute, il est grave; mais le chirurgien aura cependant fait une bonne opération, infiniment supérieure au débriement de la fistule ou même à l'établissement d'une contre-ouverture. Le volume de la tumeur aura le plus souvent été réduit au minimum, la tumeur aura été rendue uniloculaire par destruction des cloisons, beau-

coup d'adhérences auront été libérées. L'écoulement du liquide kystique se fera facilement par la nouvelle voie que le chirurgien aura créée, il cessera de se faire par la fistule qu'on pourra espérer voir se fermer. La malade se trouvera alors dans les mêmes conditions que dans une ovariectomie incomplète ordinaire et guérira par le même processus.

Ajoutons que ce mode de traitement est applicable aux cas exceptionnels où le kyste s'ouvre à l'extérieur, ailleurs que sur la paroi abdominale (aïne, pli génito-crural). L'ovariectomie incomplète et le curettage du trajet fistuleux pourraient avoir d'heureux résultats.

La malade reste évidemment exposée à bien des dangers : suppuration de longue durée, septicémie, envahissement des tissus voisins par la dégénérescence néoplasique ; et, dans bien des cas, l'ovariectomie sera impuissante à sauver la vie de la malade. Il n'en est pas moins vrai qu'elle constitue le meilleur, nous pouvons dire le seul mode de traitement de l'ouverture extra-péritonéale.



- Correspondant à 1 : Fistulisation ombilicale.
 Correspondant à 2 : Fistulisation à la paroi abdominale.
 Correspondant à 3 : Fistulisation à l'intestin grêle.
 Correspondant à 4 : Fistulisation dans le rectum.
 Correspondant à 5 : Fistulisation dans la vessie.
 Correspondant à 6 : Fistulisation dans le vagin.

CHAPITRE SEPTIEME

CONCLUSIONS

I. — La fistulisation est une complication rare des kystes de l'ovaire. Sa fréquence a surtout diminué en raison des progrès réalisés en gynécologie. La fistulisation atteint de préférence les kystes dermoïdes de l'ovaire parce que ce sont ceux qui suppurent le plus fréquemment.

II. — Ces kystes suppurés, augmentant de volume, contractent des adhérences de voisinage; ainsi s'établissent des communications qui, à la longue, deviennent trajets fistuleux.

III. — Le siège de la fistulisation est, par ordre de fréquence:

a) Dans les organes:

1° Voies digestives (1. rectum; 2. iléon, colon, cœcum; 3. S iliaque);

2° Vessie;

3° Voies génitales: vagin.

b) A l'extérieur :

1° A l'ombilic, le plus souvent ;

2° A la paroi abdominale ;

3° Au périnée.

Cette fistulisation peut se faire à la fois dans un organe et à l'extérieur.

IV. — Le diagnostic est en général assez facile quand la tumeur est connue.

Si on a affaire à des fistules extérieures indéterminées, il y a nécessité de pratiquer un examen gynécologique complet afin de pouvoir remonter à la cause.

La fistulisation viscérale est plus compliquée à reconnaître, surtout lorsque l'ouverture se fait dans l'intestin et parfois dans la vessie.

V. — Le pronostic semble être moins fâcheux dans le cas de fistulisation à l'extérieur que dans le cas d'ouvertures intra-péritonéales. Cependant, tous les kystes fistulisés peuvent aboutir à la mort :

a) par cachexie ;

b) par infection ascendante, venant de l'organe dans lequel le kyste s'est ouvert.

Dans certaines conditions exceptionnelles et particulièrement favorables, la rétraction du kyste consécutive à l'aplatissement par écoulement continu et prolongé, peut entraîner la guérison, mais provoquer pour chacun des organes avoisinants un déplacement anormal suivi de conséquences fâcheuses.

VI. — Le traitement doit consister en l'ovariotomie immédiate. Si la chose est possible, le chirurgien pratiquera l'ablation totale, et la fistule se tarira d'elle-même.

Si l'opération est impossible, il fera l'ovariotomie incomplète par marsupialisation.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité pratique de gynécologie, Paris, 1892.
- BACON. — Traitement des kystes de l'ovaire par la ponction.
— *Thèse de Paris*, 1883.
- BARNES. — Traité des maladies des femmes. — *Traduction Cordes*, Paris, 1876.
- BARTSCHER. — Ueber hydrops Ovarii. — *Monatsschrift für Geburtskunde, und Frauenkrankheiten*, 1855, Bd. 6, Ht. 5, p. 347.
- BAZY. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900.
- BINET. — La vie sexuelle de la femme. Introduction à la gynécologie. — *L'Expansion scientifique française*, 1932.
- BINET. — La Gynécologie indispensable. — *L'Expansion scientifique française*, 1934.
- BINET. — Kyste du parovaire ouvert au périnée. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, avril 1932.
- BOUILLY. — De la suppuration des kystes dermoïdes de l'ovaire. — *La Gynécologie*, 1898.
- BRAUN. — Des adhérences dans les kystes de l'ovaire, et de l'ovariotomie incomplète. — *Thèse de Nancy*, 1890.
- CONSTANTINI et FULCONIS. — Kyste de l'ovaire suppuré et fistulisé dans le rectum. Guérison. — *Bulletin social d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1923, XII, 484, 486.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. — Paris, 1881.

- COUSIN. — Du développement des tumeurs de l'ovaire, et en particulier des kystes dermoïdes. — *Thèse de Paris*, 1877.
- CUPP. — Ovarian cysts communicating with the rectum. — *British med. Journal*, 407, 1879.
- DELBET. — Des suppurations pelviennes chez la femme. — Paris, 1891.
- DEMARQUAY. — Kyste de l'ovaire adhérent à la paroi abdominale, renfermant un liquide fétide et des gaz. — *Bull. gaz. de thérapeutique*, Paris, 1870, p. 86.
- DUPLAY. — Des indications et contre-indications de l'ovariotomie dans le traitement des kystes de l'ovaire. — *Archives générales de médecine*, 1879, I, p. 20.
- ESCAT et DE VERNEJOUL. — Kyste ovarien calcifié et suppuré ayant donné lieu à un foyer périvésical sous-péritonéal, fistulisé à l'ombilic et simulant une fistule ouracale. — *Arch. franco-belges de chirurgie*, Bruxelles, 1923, XXVI, 772, 782.
- EUSTACHE. — L'ovariotomie en 1880. — *Archives de Tocologie*, 1881, p. 1.
- FÉRAUD. — Contribution à l'étude des kystes suppurés de l'ovaire. — *Thèse de Bordeaux*, 1896-1897.
- GALLEZ. — Histoire des kystes de l'ovaire envisagée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement. — Bruxelles, 1873.
- GORUSHINE (A.). — De la suppuration des kystes de l'ovaire. — *Thèse de Lyon*, 1905.
- GROGNOT. — Quelques considérations sur la rupture des kystes de l'ovaire par ouverture dans le vagin et par perforation de la paroi abdominale. — *Thèse de Paris*, 1877.
- HERMANN. — Suppuration et évacuation des kystes dermoïdes. — *Société Obstétricale de Londres*, séance du 7 novembre 1885 (*Archives de Tocologie*, 1886, p. 178).
- JABOULAY. — Kyste de l'ovaire suppuré et généralisé à l'ombilic. — *Société des Sciences médicales de Lyon*, 1898.

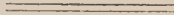
- LAWSON TAIT. — Traité des maladies des ovaires. — *Traduction Olivier*, Paris, 1886.
- LEA. — Fistule ovarienne à l'ombilic (14 octobre 1906).
- LEFRANC. — Etude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. — *Thèse de Nancy*, 1886.
- LEMOINE. — La suppuration des kystes de l'ovaire. — *Thèse de Lyon*, 1903.
- LESAVRE. — Contribution à l'étude des kystes paraovariques. — *Thèse de Paris*, 1879.
- LE SOURD. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire. — *Thèse de Paris*, 1897.
- LHONNEUR. — Un kyste pileux suppuré de l'ovaire. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1886, p. 158-164.
- MANGOLD. — Ueber die infection der Ovarial kystome. — *Thèse de Bâle*, 1895.
- MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes. — *Traduction Varmer et Weiss*, 1889.
- OLSHAUSEN. — Die krankheiten der Ovarien. — *Deutsche chirurgie*, Stuttgart, 1886.
- PATERSON. — Kyste suppuré de l'ovaire chez une enfant de dix ans infectée par des épingles à cheveux introduites dans le vagin (1911).
- PEAU. — Leçons de clinique chirurgicale. — Paris, 1882.
- PERRIMOND. — Les abcès pelviens ouverts dans la vessie. — *Thèse de Lyon*, 1897.
- PILLIET. — Les kystes de l'ovaire. — *Tribune médicale*, 1893, n° 8 et 9, 23 février et 2 mars.
- PLAUER. — Kyste adhérent suppuré de l'ovaire. — *Wiener medicinische presse*, 1925, n° 33, p. 1177.
- POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire. — Paris, 1890.
- REFIN. — Kystes dermoïdes de l'ovaire. — *Thèse de Paris*, 1891.
- SAGE (LE). — Kystes dermoïdes de l'ovaire ouverts à l'ombilic. — *Thèse de Lyon*, 1913.

- SCHREEDER. — Ueber die Listersche Methode bei der Ovari-
ri-otomie. — *Berliner Klinische, Wochenschrift*, 1877,
20 août, p. 501.
- SERGUEFF. — De la suppuration des kystes de l'ovaire. —
Thèse de Montpellier, 1903.
- SOREL (R.) et MARQUER (L.). — Kystes de l'ovaire adhérents
et ouverts dans la vessie. — *Arch. prov. de Chir.*, Pa-
ris, 1908, XVII, 338, 343.
- SPIEGELBERG. — Ueber Perforation der Ovarialkystome in die
Bauch-Höhle. — *Arch. für Gynäkologie*, 1870, p. 60.
- VAUTRIN. — Etude sur les kystes de l'ovaire intraligamen-
taires. — *Thèse de Nancy*, 1885.
- WAITE (M^{me}). — Contribution à l'étude de la rupture des
kystes de l'ovaire. — *Thèse de Paris*, 1883.
-

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
GÉNÉRALITÉS	9
ETIOLOGIE	11
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	13
I. <i>Ouverture à l'extérieur</i>	17
a) à l'ombilic (observations)	17
b) à la paroi abdominale (observations)	26
c) au périnée (observations)	32
II. <i>Ouverture dans les voies génitales</i> (observations)	34
III. <i>Ouverture dans les voies digestives</i>	39
a) dans l'intestin sans limites précises (observ.)	42
b) dans le gros intestin (observ.)	43
c) dans l'intestin grêle (observ.)	45
d) dans le rectum (observ.)	46
IV. <i>Ouverture dans la vessie</i> (observ.)	54
V. <i>Ouvertures multiples</i> (observ.)	64
SYMPTOMATOLOGIE	71
A) <i>Symptômes généraux</i>	71
B) <i>Symptômes locaux</i>	71
1° Rupture du kyste	72
a) ouverture à la paroi	72
b) ouverture dans les voies digestives	73
c) ouverture dans les voies génitales	74
d) ouverture dans la vessie	74
e) ouverture au périnée	79
2° Modifications dans l'état de la tumeur	79
DIAGNOSTIC : <i>Pour tous les modes de fistulisation</i>	81

PRONOSTIC : <i>Pour tous les modes de fistulisation</i>	91
TRAITEMENT	97
A) <i>Palliatif</i>	97
B) <i>Curatif</i>	100
CONCLUSIONS	105
BIBLIOGRAPHIE	109



Vu :

Nancy, le 18 Mai 1934.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FRÉLICH.

Vu :

Nancy, le 18 Mai 1934.

LE DOYEN,
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 19 Mai 1934.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE NANCY,
BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université

